



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA UTILIDAD DE LA COMUNICACION ESCRITA EN UN PACIENTE ALCOHOLICO



T E S I S

Que para obtener el grado de
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

P r e s e n t a:

GLORIA PATRICIA LOSORNO VELAZQUEZ

Director: Dr. José de Jesús González Núñez

SINODALES:

MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOSA
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ
MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA



México, D. F.

Mayo 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS:

Especialmente quiero dedicar esta tesis a Gabriel y a mis hijos:
por lo feliz que soy gracias a ellos, por las grandes satisfacciones
que me han proporcionado y porque me permitieron quitarles parte de
mi tiempo dispuesto a ellos, para dedicárselo a la realización de este trabajo.

A tí Gabriel,

por tu amor, tu tolerancia, tu comprensión y por todas las cosas
bellas que me has dado a lo largo de estos 26 años que llevamos juntos.

A tí Zulal,

por tu manera tan especial de darme afecto, ánimo y seguridad en lo que hago.

A tí Vanla,

por tu sensibilidad, tu cariño, tu compañía y tu confianza.

A tí Gabrielito,

por tu "apoyo moral" y por tus "chiqueos" que me hacen sentir tan querida.

A mi papá. A tí Arturito,
que aunque ya no estas aquí tú
presencia me acompaña en todo momento.

**A mi mamá, a quién le
debo lo que soy en la vida.**

**A mis hermanos Arturo,
Licha y José Luis,** quienes
junto con su familia, forman una
parte muy importante de mi vida.

A Estelita, David y Paty, por
el cariño que siempre me han dado.

A la Familia Macías quién con
su armonía impulsa a la superación.

A mi amiga Gris quien con su
comprensión y sus extensas pláticas logra
tranquilizarme en los momentos de mayor tensión.

A Vicky que aún estando tan lejos
no deja de motivarme con su amistad.

A Mary por estar siempre cerca de mí

A mis amigos:
Luis Mayer
Paty Suarez
Angelina Guerrero

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. José de Jesús González Nuñez por la confianza que tuvo en mí y que fué lo que mayormente contribuyó a que lograra concluir lo tantas veces iniciado.

A mis sinodales: **Fayne, Jorge, Cristina y Luisa** ya que su orientación y sus sugerencias fueron fundamentales para la realización de éste trabajo.

Al Dr. Alejandro Díaz Martínez, jefe del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, de la Facultad de Medicina de la UNAM por el apoyo que siempre me ha brindado.

Principalmente quiero hacer patente mi agradecimiento y mi admiración a **Roberto**, el protagonista de este trabajo.

Nada escribe aquel
cuyos escritos no se leen.
Marcial

Lo que el escritor pide al lector no es
tanto su beneplácito como su atención.
Lanfellow

Las cosas grandes deben ser dichas
con sencillez: el énfasis las estropea.
La Bruyere

INDICE

RESUMEN----- 3

INTRODUCCION----- 4

I.- MARCO TEORICO

1.- ESTUDIO DE CASO

1.1.- CIENCIA Y PSICOLOGIA CLINICA----- 6

1.2.- EL ESTUDIO DE CASO----- 13

2.- ALCOHOLISMO

2.1.- DEFINICION----- 23

2.2.- PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL----- 27

2.3.- ETIOLOGIA----- 31

2.4.- TRATAMIENTO----- 35

3.- LA COMUNICACION ESCRITA COMO MEDIO DE PSICOTERAPIA

3.1.-LA COMUNICACION ESCRITA Y SU UTILIDAD----- 62

3.2.-LA UTILIDAD DE LA ESCRITURA EN LA PSICOTERAPIA----- 66

3.3.-LA COMUNICACION ESCRITA Y LA TERAPIA DEL PACIENTE
ALCOHOLICO.----- 67

II.-METODOLOGIA DE INVESTIGACION

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	70
2.-OBJETIVO E HIPOTESIS -----	71
3.-VARIABLES -----	72
4.-SUJETO -----	72
5.-MOTIVO DE CONSULTA Y EVOLUCION DEL PROBLEMA -----	72
6.-INSTRUMENTO -----	76
7.-PROCEDIMIENTO -----	77
8.-RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS -----	81
III.- <u>CONCLUSIONES</u> -----	105
IV.- <u>LIMITACIONES</u> -----	109
V.-<u>SUGERENCIAS</u> -----	110
<u>REFERENCIAS</u> -----	111



¿Nuestra Señora de la Escritura? El tradicional tema de «los Santos Juanes» tiene una insólita variación en esta pintura de Morales «el Divino»: el Niño Jesús escribe en una tablilla ofrecida por el Evangelista, mientras la Virgen, blandiendo otro cálamo, observa atentamente, como dispuesta a «enmendar la plana». Lo escrito —en hebreo, o quizá en arameo— vendría a significar «Dios de Sacrificio». (Sacristía de la iglesia de Rocamador, Valencia de Alcántara, Cáceres, donde fue bautizado el autor de estas páginas).

RESUMEN

El alcoholismo es una enfermedad difícil de superar, sin embargo, no resulta imposible encontrar un tratamiento que de solución a los problemas en el manejo de la ingestión de alcohol, siempre y cuando este tratamiento no se considere independiente del paciente que lo recibe e incluso del terapeuta que lo aplica, por lo que se hace necesario ajustarlo y rediseñarlo de acuerdo a cada individuo.

Uno de los métodos terapéuticos que ha demostrado a través de los años mayor efectividad en el manejo del paciente alcohólico, es el grupo de Alcohólicos Anónimos; no obstante sus resultados, no todos los pacientes alcohólicos logran beneficiarse de estos grupos debido a sus características específicas de personalidad.

Roberto, paciente alcohólico de 25 años, asiste al Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM con un intenso deseo de aprender a vivir sin el alcohol. Reporta su temor de seguir participando en las sesiones de Alcohólicos Anónimos ya que las experiencias proporcionadas por los miembros del grupo favorecen su angustia al sentir la influencia que éstos ejercen sobre él y con ello también el aprendizaje de nuevos procedimientos para adquirir alcohol.

Se inicia psicoterapia individual y aún cuando se logra espaciar la ingesta de alcohol, no es posible que el paciente disminuya la cantidad de bebida ni la angustia con que enfrenta todas las situaciones de la vida; sobre todo se observa una acentuada tendencia a la bebida durante vacaciones.

En estas circunstancias se consideró de suma importancia buscar otra alternativa. En un momento de separación por vacaciones, después de 11 meses de un no exitoso tratamiento, se le pide a Roberto que escriba lo que sienta en el momento en que desee beber, posteriormente cuando asista a terapia, lleve con él estos escritos, los cuales serán comentados dentro de las sesiones. La respuesta fue sorprendente, en los dos siguientes años de tratamiento, Roberto aunque no dejó de tomar totalmente, la reducción en cuanto a frecuencia y cantidad fue significativa. Por esta razón se consideró decisiva la intromisión de un nuevo ingrediente terapéutico: **escribir en lugar de beber.**

LA UTILIDAD DE LA COMUNICACION ESCRITA EN UN PACIENTE ALCOHOLICO

INTRODUCCION

El alcoholismo es una enfermedad que cada día se presenta en mayor número de individuos debido tanto a factores específicos de personalidad como a los problemas económicos, sociales y políticos por los que atraviesa nuestro país.

El concepto de alcoholismo reconocido como una enfermedad crónica, progresiva y mortal nos alerta hacia la urgencia de encontrar medios efectivos que liberen a los individuos de su autodestrucción. Existen numerosos enfoques terapéuticos dirigidos a la búsqueda de una solución del alcoholismo y aunque parece un padecimiento difícil de superar no debe resultar imposible encontrar un tratamiento que de solución a los problemas en el control de la ingesta de alcohol.

Entre las diferentes formas de abordar el problema del alcoholismo se encuentran: el tratamiento médico, la psicoterapia ya sea en forma individual, de grupo o de familia, así como grupos de autoayuda. No todas las personas consideradas alcohólicas logran resolver este problema de la misma forma, es posible que lo que puede resultar sumamente beneficioso para alguien resulte contraproducente para otra persona, de allí la importancia de considerar el tratamiento del paciente alcohólico con base en las características tanto del paciente que lo recibe como del terapeuta que lo aplica, lo que implica ajustarlo y rediseñarlo de acuerdo a cada individuo.

Uno de los métodos terapéuticos que ha demostrado a través de los años mayor efectividad en el manejo de quienes han decidido recuperarse del alcoholismo, es Alcohólicos Anónimos, un grupo de autoayuda que constituye una forma de psicoterapia de grupo libre, en donde cada uno de los participantes manifiesta sus experiencias con respecto al uso y abuso del alcohol. No obstante su efectividad, no todos los pacientes alcohólicos logran beneficiarse de éstos grupos, debido a sus características propias de personalidad.

El enfrentamiento con pacientes que han intentado por varios medios alejarse del alcohol sin obtener resultados satisfactorios, lleva a la necesidad de buscar nuevas formas de tratamiento, que puedan adaptarse a las necesidades y a factores específicos de la personalidad de cada individuo. La escritura, el expresar el sentir, el depositar en una hoja de papel la angustia que lo lleva a beber, parece ser un medio - en aquellas personas que les resulta placentero realizarlo-, que mitiga las tensiones y la ansiedad que prevalece en ellos y que los puede llevar a disminuir la toma de alcohol pensando que escribir es mejor que tomar. Sobre todo, si la escritura va dirigida a un psicoterapeuta, un escucha que sabe entenderá y comprenderá sus sentimientos, sus emociones, sus angustias y sus deseos. El terapeuta maneja entonces tanto el sentir verbal como el sentir escrito y la conjunción de todos estos elementos puede llevar a la disminución de la ingesta de alcohol, objetivo básico en éste tipo de pacientes.

Este trabajo representa una investigación de caso único que va encaminada a la búsqueda de la escritura como medio efectivo para el tratamiento de un paciente alcohólico, que probablemente, haciendo consistente la investigación y la práctica, pueda ser benéfico no solo para éste sujeto único sino para muchos más que gustan de la escritura y que aún no encuentran solución a su problemática alcohólica.

I.-MARCO TEORICO

1.-ESTUDIO DE CASO

1.1.-CIENCIA Y PSICOLOGIA CLINICA

¿Qué es ciencia?. Existen diferentes definiciones sobre lo que es ciencia pero es una pregunta difícil de contestar ya que no hay criterios absolutos e inequívocos que permitan decidir cuándo un campo del saber o un modo de conocimiento, es o no científico. De Gortari (1979) define la ciencia como la explicación objetiva y racional del universo. Kerlinger (1975) menciona que en el mundo científico hay dos puntos de vista sobre la ciencia: el punto de vista estático que considera a la ciencia como una actividad que aporta información sistematizada al mundo y el punto de vista dinámico que considera a la ciencia más como una actividad, lo que hace el científico. Para Bunge (1970), la ciencia es un conjunto de conocimientos racionales, sistemáticos, exactos, verificables y falibles.

La ciencia como actividad pertenece a la vida social, es hecha por el hombre y para el hombre, por lo tanto, su objetividad, empezando desde su definición hasta su aplicación, resulta complicada ya que la "objetividad" es un concepto, un ideal al cual es posible acercarse en mayor o en menor grado, según la cualidad del objeto que se estudia; así, en el campo psicológico no solo hay que enfrentar el hecho de la vulnerabilidad del observador, que transforma su objeto de estudio a través de sus prejuicios, sus expectativas y su misma actividad observacional, sino que también hay que tener en cuenta que el objeto de estudio es otro sujeto, quién afectará a su vez la conducta del observador. Por otra parte, la imagen de una "Ciencia Objetiva" disimula el rol que ésta juega dentro de la sociedad en que vivimos, ignorando que la ciencia es una actividad humana, que tiene lugar dentro de los límites demarcados por una organización social y sometida a los mismos efectos que ésta opera sobre toda empresa humana. (Pérez, 1981)

Asimismo, las ciencias estructuran la realidad de una cierta manera, predefiniendo su objeto en términos bien delimitados, que no se refieren de ninguna manera a toda la realidad sino a un segmento de ella que

necesariamente excluye otros. La selección del segmento que se estudiará estará determinada por factores ideológicos, lo cual no constituye en si mismo un criterio para descalificar una forma de conceptualización del campo científico, pues todo proyecto, conocimiento o instrumento científico se instituye a partir de un punto de vista particular que no es "absoluto" ni "verdadero".

Si se quiere conocer, no es posible hacerlo globalmente, es necesario dejar de lado ciertos aspectos de la realidad y concentrarse en algunos otros con la ayuda de instrumentos precisos, definidos y limitados; si se aceptan estos elementos, de hecho se está reconociendo un acercamiento particular a los problemas, desde un punto de vista particular: gracias a esto la ciencia puede proporcionar conocimientos finos, precisos y eficaces. Ahora bien, las opciones elegidas no son totalmente justificables con criterios lógicos y siempre se descubrirán, tras bambalinas del aparataje científico, razones asociadas a opciones sociales, políticas e ideológicas; tal argumento permitirá articular de una manera convincente ciencia y sociedad.

El problema no consiste en saber si una teoría pretendidamente científica es "objetiva" o "verdadera", se trata más bien de establecer cuál es la dimensión científica o los aspectos científicos de una disciplina; y los criterios empleados para ello delimitarían el campo de la científicidad. Estos criterios son básicamente dos: el rigor y la precisión; la científicidad exige someterse a una disciplina a las reglas de paradigmas que prescriben qué puede decirse y qué no; determina qué métodos son utilizables, cuáles son óptimos en determinadas condiciones y con determinado tipo de problemas, formula criterios sobre el valor de un producto y regula el curso de los fenómenos que estudia (Pérez 1981).

Se considera que la Psicología es una disciplina en busca de científicidad. Al respecto Filkelman (1978) afirma que la Psicología ha sido forzada metodológicamente y conceptualmente para lograr inscribirla dentro del marco de la ciencia, asumiendo que las 4 características fundamentales de ésta, según Kuhn (1970) son aplicables a la Psicología.

Las características que menciona Finkelman son las siguientes:

- 1.- En las ciencias reconocidas como tales hay acuerdos sobre ciertos hechos fundamentales, su interpretación y su lugar; el acuerdo se da sobre la base de

ciertos logros teóricos o experimentales, que generan una teoría y un método: es decir, generan un paradigma.

2.-El progreso científico es acumulativo; el poder explicativo y predictivo de las disciplinas científicas es cada vez mayor y se refiere a un número creciente de hechos y eventos.

3.-El método preferido de investigación, aún cuando no es el único aceptado, es la experimentación.

Pérez (1981) considera que si se utilizan estas características como parámetro de análisis del estado actual de la psicología, se encuentra lo siguiente:

a) La primera característica propuesta por Kuhn no es de ninguna manera propia del campo psicológico; observemos algunas áreas de trabajo: en el campo del pensamiento, por ejemplo, cada teoría insiste sobre puntos diferentes y hay muchas teorías: la conductual, la gestáltica, la existencial; cada una tiene su propio método de trabajo, su propia terminología y su propia línea de investigación; los problemas considerados fundamentales y apasionantes desde un determinado punto de vista, son considerados como triviales, irrelevantes o absurdos desde otro. Por lo tanto, se puede pensar que generalmente no existe una teoría para un tema sino que hay por lo menos seis teorías distintas que se refieren a los mismos hechos, pero que los explican y los tratan de diferente manera.

b) En Psicología el progreso no es acumulativo, salvo en las áreas que tocan lo biológico; el patrón ordinario de trabajo es aproximadamente como sigue: alguien propone una teoría explicativa, la somete a verificación y obtiene resultados confusos; otras personas planean entonces nuevos experimentos, que añaden cada vez menos a la comprensión del fenómeno, hasta que todo mundo se aburre y echa al olvido la teoría. El progreso teórico está confundiendo el concepto de "progreso" con el concepto de "cambio". Así, en Psicología lo que se observa realmente es una sucesión de perspectivas que no posee prácticamente en ningún caso nexos suficientemente sólidos como para concluir que ha habido progreso.

c) Para muchas personas hacer Psicología es hacer experimentos, pero la realidad es que la aproximación experimental, por su carácter mismo, desvirtúa

muchos de los fenómenos psicológicos, puesto que desconecta y rompe la continuidad de los fenómenos con respecto al medio natural dentro del cual se producen ordinariamente.

En síntesis, siguiendo a Pérez (1981), estamos aún bastante lejos de cumplir con los requisitos de un verdadero paradigma científico.

El saber científico consiste en descubrir las regularidades causales y funcionales que permiten explicar los fenómenos observados y prever las condiciones y las formas de sus futuras manifestaciones.

Las situaciones clínicas revisten una complejidad extrema y frecuentemente la reducción del fenómeno estudiado a sus elementos más simples, lo despojan de su carácter de encuentro humano sometido a una cierta improvisación en la medida en que una gran cantidad de variables escapan totalmente al control de investigador. Pero la presencia de todos estos obstáculos no significa en absoluto que la conducta humana no siga leyes, ni que el empleo de una metodología científica sea un contrasentido en la medida en que cada individuo es único y en la medida en que muchos comportamientos humanos son totalmente irracionales. Este tipo de argumentación es difícilmente aceptable si se toma en cuenta, por una parte, que todos los particulares del mundo son únicos y que esto no impide ni el establecimiento de leyes generales ni la aplicación de una metodología científica. Así, el objetivo del trabajo científico no consiste en adscribir racionalidad al hombre sino en estudiar racionalmente las manifestaciones conductuales humanas, por irracionales que sean; el hecho de que el comportamiento humano sea en ocasiones irracional y contradictorio no hace irracional la Psicología Clínica, pues es el método y no el objeto de estudio, lo que define a la ciencia.

Todo lo anterior se encuentra estrechamente relacionado con una vieja disputa entre dos enfoques que se oponen a propósito de la importancia relativa de lo general y lo único: se trata de los enfoques "nomotético" e "ideográfico". Windelband en 1894 sugiere la existencia de dos tipos de ciencias: las naturales, que poseerían en el átomo una unidad absolutamente homogénea y que busca leyes universales ("nomos"); y las históricas, que estudian lo único, lo individual, los idiofenómenos no repetibles. Windelband

puede demostrar sin dificultad que cada átomo, cada gota de agua y cada partícula de polvo, constituyen un idiofenómeno, un evento único y no repetible; pero la ciencia abstrae o disminuye la importancia de las diferencias individuales y agrupa objetos y eventos sobre la base de por lo menos un rasgo en común. Wolman (1965) se ha esforzado por demostrar que todo fenómeno es un idiofenómeno, pero que todas las ciencias con metodologías y que esto es perfectamente aplicable a la Psicología Clínica. Un ejemplo de esto podría ser el caso y el tratamiento de "Dora" por Freud: a pesar de ser absolutamente único, existen muchos otros casos similares y muchos tratamientos similares; sobre esta base se elaborarían generalizaciones empíricas de valor científico.

La diferencia fundamental entre los enfoques "nomotéticos" y los "idiográficos" es el acento que se pone sobre las diferencias individuales de comportamiento, muy apreciadas por el "clínico" y muy poco por el "experimental"; en efecto, las diferencias individuales provocan la desesperación de éste último, cuyo objetivo es el control y la manipulación del comportamiento: por consiguiente, todas las variaciones resultantes de la aplicación de su técnica, prueban, en cierto modo, que él ha fracasado en su objetivo último -a saber, el descubrimiento del tratamiento que ofrece los mejores resultados cuando todos los sujetos son tratados de la misma manera-. Por lo contrario, el "clínico" se siente literalmente fascinado por las diferencias individuales que aparecen en sus datos y se interesa muy poco por el control y la manipulación, pues está convencido de que los rasgos importantes o los sistemas motivacionales mostrarán sus efectos a través de toda clase de situaciones: por consiguiente, se interesa particularmente por las predicciones de las variaciones que ocurren dentro de un tratamiento, variaciones que serán formuladas en términos de correlaciones; igualmente, buscará aumentar el número y la calidad promedio de los éxitos, tratando cada caso de manera diferente.

Todo mundo está de acuerdo, por lo menos en principio, en que en ciertos aspectos, todo hombre es parecido a todos los demás hombres (normas universales), parecido a algunos otros hombres (normas de grupo) y diferente de todo otro hombre (normas idiosincráticas). (Allport, 1962). No obstante, por el hecho dominante de que "todo hombre es", los enfoques

nomotético e idiográfico se hacen compatibles e incluso complementarios. Esto significa que no es posible aceptar que la selección de un solo aspecto de lo que constituye un problema complejo permitirá "la" o "las" buenas respuestas. La cuestión debe ser examinada en todas sus dimensiones y únicamente una perspectiva integrada dará las bases para el establecimiento de principios generales y de soluciones particulares (Pérez G., 1981).

Asimismo, es importante considerar que la experimentación y la clínica en tanto que métodos, o enfoques, o formas de aproximación a un conjunto de problemas, se proponen objetivos sensiblemente diferentes: mientras que el clínico actúa en función de los problemas, de la personalidad y de las circunstancias particulares de la vida de sus clientes -todo lo cual lo lleva a adoptar un comportamiento diferente con cada sujeto-, el experimentador debe evitar, por todos los medios, adaptar su propio comportamiento a las particularidades de cada sujeto, buscando, por el contrario, tratarlos a todos de una manera idéntica, ya que el objeto de la experiencia es justamente trascender el carácter único del sujeto y de su situación. En consecuencia, no hay que creer que la experimentación puede resolver todos los problemas de la clínica, o viceversa.

En el campo clínico es posible distinguir elementos "artísticos", tecnológicos y científicos que se conjugan de diferentes modos y en diferentes proporciones, según los intereses del profesional que los emplea. Por ello es posible distinguir dos tendencias o dos actitudes diferentes dentro de esta disciplina: la del clínico aplicado y la del clínico investigador.

Los aspectos intuitivos y artísticos de las actividades del clínico aplicado sugieren atributos y valores diferentes de aquellos que son considerados como fundamentales en la investigación científica. Por el hecho de que es necesario hacerle frente a un individuo cuyos problemas implican una confrontación en el aquí y en el ahora, el clínico aplicado no puede esperar a que la información que se le proporciona sea verificada, ni puede mantenerse a distancia de lo que le sucede a su cliente, viéndose permanentemente en la necesidad de actuar de acuerdo a su experiencia pasada, aprovechando cualquier tipo de información que el sujeto le proporcione. Además, sus intereses y motivaciones son un poco diferentes de los del investigador, ya que lo que más le interesa es

el caso individual y su "dinámica interna" (Garfield, 1971), así como la existencia de una motivación fuerte para ayudar al sujeto; al clínico aplicado le parecen menos importantes las generalizaciones y las estadísticas que su percepción personal del caso.

Por su parte, el clínico investigador se mostrará desconfiado de las especulaciones de su colega, considerando fundamental las verificaciones empíricas y las metodologías rigurosas que impliquen controles adecuados. Su compromiso social es menor, lo cual le facilita el examen y la verificación de sus hipótesis.

Kanfer y Philips (1970) hacen una excelente síntesis de las diferencias esenciales que existen entre el clínico aplicado y el clínico investigador, las cuales pueden resumir de la siguiente manera:

1.- Clínico aplicado:

- a) Su tarea consiste en observar y tratar el caso individual en un contexto en el que la conducta del sujeto se encuentre influida por una multitud de variables poco específicas.
- b) La situación del sujeto exige atención inmediata, poco importa la validez científica de las operaciones realizadas o de las explicaciones propuestas.
- c) El conocimiento científico es utilizado sólo parcialmente o en combinación con la experiencia del clínico.
- d) Las decisiones tomadas por el clínico tiene repercusiones sobre varias personas, lo cual aumenta su responsabilidad social e imposibilitan el aislar su acción a la vida del sujeto.

2.-Clínico investigador:

- a) La atención se focaliza en una clase predeterminada de eventos(variables dependientes) definidas y medidas con la mayor precisión posible.
- b) Se manipula planificablemente una o varias clases definidas de eventos (variable independiente) por operaciones objetivas, medibles, públicas y repetibles, con el fin de examinar su relación con el fenómeno estudiado.
- c) Se aíslan tales manipulaciones y medidas de otras fuentes de influencia.
- d) Se tienen en cuenta las características de los sujetos, de los eventos, definiciones, medidas y manipulaciones, para que sea posible evaluar la generalidad de los resultados.

1.2.-EL ESTUDIO DE CASO

Dadas todas las dificultades que impiden integrar adecuadamente los diferentes enfoques y aproximaciones existentes en el área clínica de la Psicología, Pérez (1981) plantea la siguiente pregunta: ¿Existe un campo específico en el cual sea posible integrar tales tendencias divergentes?. El autor piensa que sí y que probablemente ese campo óptimo lo constituye el ESTUDIO DE CASO.

Los métodos de estudios de caso y de investigación de caso único se utilizan con frecuencia en la Psicología Clínica y en otras áreas de la Psicología. Aunque muchas áreas de la Psicología y de campos relacionados con ella cuenta con grandes N en los diseños de grupos para su conocimiento empírico, la Psicología Clínica ha empleado diseños de estudios de caso en la investigación, durante muchos años. Es más, los investigadores y otros profesionales del campo están reconociendo la importancia de las investigaciones de estudio de caso para el desarrollo de un conocimiento base en el área. Durante los últimos años se han registrado notables avances metodológicos y conceptuales en esta parcela de la investigación (Bellak y Hersen, 1989).

El estudio de casos es la evaluación más completa que se puede hacer del paciente ya que incluye un análisis detenido de los datos que se obtuvieron de todas las técnicas que se utilizaron para comprender al paciente y su problema. El estudio de caso supone esencialmente la recopilación y la organización de toda la información posible acerca del paciente, en relación al problema en cuestión. Para que tenga una eficiencia máxima, la investigación para el estudio de caso deberá plantearse de manera que se obtengan datos significativos, evitando la acumulación de elementos triviales e intrascendentes. El método del estudio de casos no deberá confundirse con una recopilación de grandes contenidos de datos. El material debe ser seleccionado de acuerdo a una investigación bien planeada. No toda la información tendrá el mismo valor y una vez que se ha obtenido tiene que ser tamizada y ordenada (Garfield, 1979). El plan de organización ira de acuerdo al paciente y al objetivo del estudio.

El estudio en profundidad de casos en particular ofrece al investigador

consciente de las limitaciones de los conocimientos y de los medios a su disposición, innumerables ventajas, entre las cuales, Pérez (1981) cita las siguientes:

1.-El estudio de caso es óptimo cuando se analiza una característica o una variable cuya variabilidad interindividual es nula o poco importante dentro del objetivo propuesto.

2.- Un estudio de caso puede sembrar la duda a propósito de la validez de una teoría general.

3.- También es óptimo cuando las situaciones estudiadas implican observaciones muy prolongadas o difícilmente controlables.

4.- El estudio de caso es un instrumento preciso para la formulación de hipótesis, para la aclaración y la definición de variables y para descubrir nuevos enfoques; pero también puede servir de base para la validación de las hipótesis.

5.-El estudio de caso permite el empleo de un enfoque experimental en el estudio de ciertas variables particularmente difíciles de especificar en situaciones que no impliquen un control eficaz.

6.-Igualmente, permite estudiar fenómenos raros o difícilmente observables, como algunas desviaciones sexuales poco frecuentes. Aún cuando no puede ejercerse controles adecuados, esta forma de trabajo permite estudiar simultáneamente los orígenes del problemas, su estado actual, los métodos de tratamiento y las aplicaciones posibles sobre casos parecidos.

7.- El estudio de caso permite obtener informaciones que pueden ser extremadamente importantes para investigaciones posteriores mejor controladas; de hecho, el procedimiento mismo estimula esas investigaciones y contribuye grandemente a mejorar las técnicas de observación y a crear nuevos métodos de estudio diferentes de los de las ciencias tradicionales y mejor adaptados a los problemas clínicos.

8.- También permite operar variaciones sistemáticas sobre una técnica dada, hasta obtener el efecto deseado; las repeticiones sobre sujetos equivalentes (respecto de ciertas variables) dan lugar a que se refinen las técnicas. Por este medio, ciertos principios y nociones conocidas pueden ser empleadas de una forma completamente nueva (por ejemplo, la aplicación del yoga, de la

relajación o de las técnicas de biofeedback a problemas psicoterapéuticos).

9.- Los estudios de caso facilitan lo que los estudios de grupo permiten raramente: el establecimiento de relaciones (funcionales o causales) entre los cambios observados en el sujeto y las variables estudiadas.

10.- Finalmente, el estudio de caso abre hacia la solución de uno de los problemas más complejos en el área clínica : el de la selección de criterios para evaluar las técnicas de intervención empleadas y los cambios producidos. La secuencia lógica del trabajo terapéutico sobre un caso en particular implica el empleo de criterios formulados "sobre medida", como los llama Rickard (1965), criterios que conciernen a las expectativas, las actitudes, los comportamientos y los problemas concretos que han motivado la consulta. Esto acabará de una vez por todas con la búsqueda inútil de "criterios universales", los cuales realmente, nunca podrán serlo.

Para Bellack y Hersen (1989), los progresos que se han registrado en la investigación utilizando el estudio de casos se debe a varias razones: 1) los diseños de estudio de caso proporcionan un conocimiento base importante en la investigación terapéutica, que es imposible obtener mediante los diseños tradicionales de grandes N en los grupos. 2) los diseños de estudios de caso suponen una alternativa respecto a los diseños tradicionales en grupos de grandes N, en torno a los cuales a menudo han surgido diferentes consideraciones éticas y legales. Las objeciones a la investigación grupal se han centrado en el aspecto ético de no ofrecer tratamiento a los clientes del grupo control de no-tratamiento. Los diseños de estudio de caso son una alternativa, donde el tratamiento puede a menudo, llevarse a cabo inmediatamente. 3) los diseños de estudio de caso han promovido el desarrollo de una tecnología de medición, que puede usarse repetidamente en el proceso terapéutico. Por ejemplo, distintas medidas de resultado, tales como la observación directa, las escalas de puntuación y las listas de síntomas, autorregistros, así como diferentes registros psicofisiológicos, pueden utilizarse como medidas continuas del funcionamiento del cliente durante el curso de la terapia. 4) las estrategias del estudio de caso han aportado diferentes opciones para ser aplicadas en la investigación. Aunque los diseños cuidadosos de estudio de caso son normalmente difíciles de implementar en la práctica

(Kratochwill y Piersel, 1983), algunas investigaciones de estudio de caso han proporcionado esta opción bajo distintas condiciones.

Para Bellack y Hersen (1989), el estudio de casos proporciona contribuciones importantes a la investigación terapéutica en la Psicología Clínica y a otras áreas aplicadas de la Psicología. Ellos consideran que existen diferentes tipos de investigaciones de estudio de caso, lo cuales a continuación se enumeran:

- 1.- Estudio de caso no terapéutico.- El investigador está interesado en una investigación no clínica. Serían representativas las áreas de la Psicología del desarrollo y educativa. Incluye las biografías tradicionales de bebés.
- 2.- Estudios de caso de diagnóstico/Evaluación.- El investigador emplea varios instrumentos psicométricos para el diagnóstico o descripción de la conducta social.
- 3.- Estudio de caso de intervención/Terapéutica.- El investigador está fundamentalmente interesado en un desorden clínico y puede, o bien describir el curso natural del trastorno o desarrollar una intervención para tratar el problema del cliente.

Dentro de los estudios de intervención de caso los autores mencionan los Pre-experimentales de caso, los cuales consideran pre-experimentales porque no descartan las amenazas a la validez que los diseños experimentales bien controlados excluyen. No obstante, el estudio de caso puede perfeccionarse de varias maneras, se necesitan diferentes dimensiones para planificar un estudio de caso que mejore la validez de las inferencias o para examinar los estudios de caso publicados en el área de interés, para mejorar la interpretación de los datos existentes. Al respecto los autores Bellack y Hersen (1987), señalan las dimensiones que Kazdin (1981) apuntó para la extracción de inferencias válidas en los estudios de caso:

- 1.- Tipos de datos.- Uno de los factores que diferencian a los distintos estudios de caso se refiere a los datos que se reúnen. Por un lado, un investigador puede aportar una información subjetiva del cliente, incluyendo datos de auto-registro o evaluación subjetiva del cambio que se ha podido producir durante el tratamiento. Por otro lado, un investigador puede estar en la posición de recoger datos más formales y objetivos del caso. Por ejemplo, podría

recogerse las medidas repetidas de las puntuaciones de frecuencia o registros mecánicos específicos de ciertas respuestas.

2.-Momento de evaluación.- La evaluación puede efectuarse como mínimo, al comienzo y al final del tratamiento. Idealmente, sin embargo, la evaluación debe realizarse repetidamente a lo largo del estudio. Las medidas que más fácilmente se prestan a la evaluación continua son la observación de la conducta y el autocontrol, mientras que las medidas más tradicionales, tales como los tests proyectados de la personalidad, se adaptan menos a este método de evaluación. Así, cuando se lleva a cabo un estudio de caso no sólo se debe considerar la conveniencia de la evaluación continua, sino de debe de elegir también las medidas que pueden usarse con éste propósito.

3.-Estudios de caso planeado versus ex post facto.- Una importante distinción que debe hacerse entre los distintos tipos de estudio de caso se refiere a si el investigador es capaz o no de manipular algún tipo de variable dependiente. La manipulación de la variable dependiente incrementa la posibilidad de inferir que esta variable es responsable de los cambios en las medidas del estudio. Los estudios de caso ex post facto son aquellos en los cuales el experimentador no tiene control directo sobre la variable independiente, pudiendo así, modificar o no, parte de las disposiciones experimentales habituales. Por otro lado, cuando el investigador tiene oportunidad de planificar y manipular una intervención, lo más probable es que sea responsable de su efecto. En las investigaciones de estudio pre-experimental de caso, el investigador puede planificar directamente la implementación de una intervención y la extracción por lo tanto, de inferencias más válidas de los datos.

4.-Proyección de la actuación.- Pueden distinguirse los diferentes tipos de estudio de caso, con base en las proyecciones pasadas y futuras de la actuación en relación a la conducta del cliente. En algunos casos, un problema conductual o trastorno clínico puede ser muy crónico. Teniendo un amplia historia del trastorno, es menos probable que se produzca un cambio sin ningún tipo de intervención planificada. De este modo, si el investigador puede demostrar que el trastorno era crónico antes de la aplicación del tratamiento, y que se produjo un cambio dramático una vez que el tratamiento fue aplicado, pueden desecharse ciertas amenazas a la validez. Por lo menos hay dos maneras

según las cuales el investigador puede determinar si el problema es crónico o no. En primer lugar, se pueden examinar los datos sobre la línea base, si es que está disponible. Un problema que dura varias semanas o meses puede indicar que no mejora con el simple paso del tiempo. En segundo lugar, si anteriormente, ha habido muchos intentos insatisfactorios de tratar el problema con otras intervenciones, es probable que se trata de un problema crónico.

5.- Tamaño del efecto.- Otra característica a considerar es el tipo del efecto que se da cuando se aplica el tratamiento. Un efecto muy importante permitirá un grado mayor de inferencias que uno más bien pequeño. La determinación de la naturaleza de lo que es un efecto grande, está sujeta a cierto debate en el estudio de caso. No obstante, un efecto clínicamente importante (ej. la reducción de una conducta destructiva hasta casi 0) es probable que permita una mayor inferencia de que el responsable del cambio fue el tratamiento. En este sentido, el investigador puede tener más seguridad de que los efectos observados fueron debido al tratamiento y no a otras variables incontroladas del estudio.

6.- Impacto del efecto.- Además de la cuantía del efecto, debe evaluarse el impacto del tratamiento. Por lo general un impacto inmediato del tratamiento permitirá extraer más inferencias válidas de los estudios de caso que un tratamiento que necesita un período de tiempo mayor para mostrar su efecto.

7.- Número de sujetos.- Aunque muchos estudios de caso pueden emplear un solo sujeto, el investigador puede tener un mayor grado de inferencias del efecto del tratamiento, cuando éste puede replicarse en diferentes casos. Normalmente a mayor número de casos que demuestren los efectos satisfactorios del tratamiento, menos probabilidades hay de que ciertos elementos extraños sean los responsables del cambio.

8.- Heterogeneidad de los sujetos.- Una vez que se producen replicaciones satisfactorias en varios sujetos de características distintas (ej. raza, clase social, edad, tipo de problema, etc.), las inferencias sobre el tratamiento son más consistentes que si no existe esa diversidad.

9.- Estandarización del tratamiento.- En primer lugar, un tratamiento necesita definirse explícitamente y desarrollar un protocolo para su realización. Un protocolo de ésta naturaleza no sólo permite al investigador llevar a cabo los

tratamientos de una manera consistente, sino que le posibilita también el establecimiento posterior de la relación entre la descripción del tratamiento y su realización real. Segundo, la estandarización de los procesos facilita la repetición del mismo tratamiento en diferentes casos. Tercero, una vez que se ha desarrollado el tratamiento satisfactoriamente, la estandarización del tratamiento permite a otros colegas de la comunidad científica evaluar esta información más fácilmente. Dicho tratamiento estandarizado satisfactoriamente podría, entonces, usarse en futuras investigaciones bien controladas por otros investigadores.

10.-Integridad del tratamiento.- Además de la estandarización, deberán también ejercer controles sobre la integridad o precisión de la ejecución del tratamiento. Es importante destacar que la observación sobre la variable dependiente es insuficiente para proporcionar conclusiones relacionadas con los efectos de un tratamiento sobre alguna conducta objetiva. Además, el investigador debe efectuar controles repetidos sobre el papel de la variable independiente para determinar si hay una relación funcional entre la conducta objetivo dependiente y la variable independiente o tratamiento. Existen por lo menos, dos procedimientos para controlar la integridad de la variable independiente: en primer término, el investigador puede tener múltiples observadores que controlen si el tratamiento se está realizando tal como se describió al principio; y segundo, el investigador puede controlar continuamente la precisión de la variable independiente mediante la revisión del protocolo que se estableció para la implementación del tratamiento.

11.- Impacto del tratamiento.- Normalmente se elige a una conducta objetivo porque representa la de mayor preocupación del cliente, sin embargo, la credibilidad de los estudios de caso pueden mejorarse relacionando múltiples medidas de la conducta del cliente para conocer en que medida los efectos del tratamiento están mejorando el funcionamiento total del paciente.

12.-La evaluación de la generalización y el seguimiento.- La evaluación de la generalización y el mantenimiento del cambio conductual son otras dimensiones que mejorarían la validez y utilidad de los estudios de caso. La generalización debe evaluarse a través de las conductas, las circunstancias ambientales y los sujetos, así como el tiempo.

13.- Las medidas de validez social.- Aunque la validez de un estudio de caso puede mejorarse mediante el uso de medidas objetivas, esto no excluye la consideración de medidas subjetivas. De hecho, está, cada vez más reconocida la conveniencia de utilizar medidas subjetivas del cambio de conducta junto a su evaluación. (Kazdin, 1977; Wolf, 1978). Estas medidas serían especialmente relevantes para un estudio de replicación clínica de caso, donde lo que interesa es la efectividad clínica de un tratamiento. Sin la evaluación de la validez social, un estudio de caso puede producir resultados significativos y todavía no ser reconocido como aceptable para el cliente o sus cuidadores. Además, mediante la validez social, podrían conocerse los problemas de implementación del mismo en un centro clínico, permitiendo, de éste modo, la revisión del tratamiento si fuera necesario.

14.-Análisis de resultados.- Otra dimensión, que posibilitaría más inferencias válidas a deducir de los estudios de caso, es la manera en que el investigador analiza los resultados. Esta dimensión, sin embargo, debe restringirse necesariamente a los estudios de caso que emplean datos de evaluación objetivos y continuados. Partiendo de que un estudio de caso ha utilizado datos de evaluación objetivos y repetidos y que incluyen una fase de establecimiento de línea base, la validez del estudio puede mejorarse mediante el examen de los datos a través de algún tipo de análisis formal. Por ejemplo, si los datos van a ser analizados visualmente, es decir examinados a través de las modificaciones que a simple vista se observan en una gráfica, deben tenerse en cuenta la magnitud de cambio como resultado del tratamiento y la tasa de cambio. Aunque podría utilizarse el análisis estadístico bajo ciertas condiciones, puede no requerirse (Bellak y Hersen, 1989).

En relación al punto 3, de las dimensiones que mencionan Bellak y Hersen, que se refiere al estudio de caso planeado versus el ex post facto, Pérez(1981) ya antes aclaraba que el sentido que él le daba al "estudio de caso" lo podría llamar "enfoque experimental del caso individual", sobre el cual es posible ejercer ciertas manipulaciones y cierto control de variables, formular criterios significativos y, eventualmente demostrar que se han realizado las predicciones -formuladas a partir de la teoría- a propósito de los cambios comportamentales observados.

En este sentido, el estudio de caso se ha venido utilizando para el

estudio y evaluación de pacientes y aunque Pérez considera que apenas se empieza a estudiar en forma sistemática, el estudio de historias de vida ha proporcionado una fuente fecunda de información para hipótesis y conocimientos acerca del desarrollo de las perturbaciones de personalidad y del desarrollo normal. Además, si lo que se busca es un estudio comprensivo de la persona individual, el estudio de caso es la técnica idónea que está más a nuestro alcance. (Garfield, 1979).

Sin embargo, el estado de los conocimientos actuales en el dominio clínico, no permite deducir, sobre la base de este tipo de experiencias, que -por ejemplo- la técnica empleada con éxito en un caso particular tendrá un éxito similar en un caso parecido. En circunstancias ideales, la primera experiencia servirá de punto de partida a la segunda, la cual deberá a su vez someterse a las mismas operaciones de verificación que la primera.

Necesariamente, el grado de generalización posible a partir de esa forma de proceder será bastante limitada. Esto no es en sí mismo algo negativo, pues es sobre tales fundamentos que algún día podrá hablarse de un conjunto de observaciones sistemáticas que podrán dar lugar a un cierto número de generalizaciones empíricas.

Es importante considerar que el estudio de casos no es suficiente y que constituye un escalón en la construcción de una estructura empírica mucho más extensa. En este nivel del conocimiento no existen respuestas definitivas para los problemas, pero, indudablemente, todos los esfuerzos dirigidos a aumentar el rigor, a ordenar y a sistematizar la información, serán siempre bien recibidos. En conclusión se puede decir que el investigador que conduce una investigación de estudio de caso se enfrenta con una serie de problemas relativos a la extracción de inferencias válidas, pero que a mayor capacidad del investigador para abordar estos aspectos en una investigación, más inferencias de validez pueden extraerse.

El estudio de caso que se presenta en esta investigación representa un análisis profundo de un paciente alcohólico que a lo largo de 5 años ha asistido a terapia; no es un análisis ex-post-facto, se trata más bien de lo que Pérez (1981) llama "un enfoque experimental de caso", ya que sobre éste fue posible

ejercer ciertas manipulaciones y cierto control de variables, formular criterios significativos y eventualmente, demostrar que se han realizado predicciones formuladas a partir de la teoría revisada -a propósito de los cambios del comportamiento observados.

2.-ALCOHOLISMO

2.1.-DEFINICION

El alcoholismo es uno de los principales problemas de salud en la República Mexicana así como en una gran cantidad de países.

En nuestro país, el beber forma parte ya -como elemento distintivo- del dudoso "perfil nacional". Tomar es una tradición y el medio urbano ha configurado ya todo un ritual formado de convicciones y racionalizaciones para que el ciudadano se inicie, sea conocido y virtualmente sea un "artista" bebedor, es decir una persona con gran habilidad para saciarse a través del alcohol (Villamil, 1980).

El entorno social ha inscrito todo un proceso de aprendizaje colectivo en relación al uso del alcohol. En la mayoría de nuestras circunstancias de convivencia social, éste está presente; no se concibe una graduación, un bautizo, una primera comunión o cualquier reunión familiar sin que se ofrezca alguna bebida alcohólica, al grado que los jóvenes ya desde los 14 años -y en ocasiones antes- consideran indispensable la presencia del alcohol para que una reunión pueda llamarse "fiesta", en donde realmente exista la diversión.

Durante siglos la humanidad no reconoció al alcoholismo como una enfermedad o como problema de salud. El individuo que bebía en exceso, sin tregua, que abandonaba fortuna, posición y responsabilidades con la familia, para dedicarse al consumo del alcohol, era tratado más frecuentemente con desprecio que con comprensión. Se consideraba que no tenía fuerza de voluntad, que moral y psicológicamente era débil. Una vez que había pasado la línea de lo que era beber socialmente a lo que era beber sin control, prácticamente se había condenado a sí mismo a una muerte prematura o a ser internado en una institución.

No fue hasta la década de los 50s (1954), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que el alcoholismo es una enfermedad progresiva, incurable y mortal: "...es una enfermedad crónica, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas. De manera que excediendo del uso auténtico acostumbrado o de adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a su relación con otras personas y a su actividad económica".

La Asociación Mexicana Americana define al *alcoholismo* como "...una enfermedad caracterizada por:

- 1) La preocupación por el alcohol y por la pérdida de control sobre su consumo, lo cual conduce usualmente a la intoxicación, si el beber se inicia.
- 2) Por la cronicidad,
- 3) por la progresión y
- 4) Por la tendencia a reincidir.

Está típicamente asociado con impedimentos físicos, problemas emocionales y/o en los ajustes sociales, como consecuencia directa del uso persistente y excesivo del alcohol..."

Otra definición importante de mencionar por su brevedad y claridad es la de Davies (1974): "El *alcoholismo* consiste en la ingestión intermitente o continua de alcohol que lleva a la dependencia y a consecuencias nocivas".

De acuerdo al DSM III-R el alcoholismo se ubica dentro de los trastornos de abuso de sustancias y tomando como base el CIE 10 está clasificado dentro de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotrópicas.

El Comité de Expertos en Fármacos productores de la Adicción de la OMS (1974), apuntó las siguientes definiciones:

Adicción.- Es el estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de un fármaco (natural o sintético). Sus características incluyen:

- 1) Un deseo o necesidad irrefrenable (compulsión) por continuar tomando la droga y por obtenerla a través de cualquier medio.
- 2) Una tendencia a aumentar la dosis.
- 3) Dependencia psíquica y generalmente física a los efectos de la droga.
- 4) Dependencia en detrimento del individuo y de la sociedad.

Dependencia psicológica (psíquica).- Es una condición en la que la droga promueve una sensación de satisfacción que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer de sus efectos o evitar el malestar de su abstinencia.

Dependencia física.- Es una circunstancia que se pone de manifiesto como un trastorno físico cuando la cantidad de droga en el cuerpo disminuye de forma

importante. Estos trastornos fisiológicos forman un síndrome de discontinuación o abstinencia de la sustancia que se compone de síntomas somáticos y mentales.

Tolerancia.- Es un estado adaptativo caracterizado por respuesta disminuida a la misma cantidad de droga o por el hecho de que paulatinamente se necesita de dosis mayores para producir la misma intensidad de los efectos (Villamil,1980).

Síndrome de abstinencia.- Se refiere a una serie de síntomas que se presentan en el paciente alcohólico cuando discontinúa el alcohol. Los aspectos orgánicos que se enfocan en las características de la abstinencia son: temblores, al principio se le nota solo en los dedos y en las manos, aunque puede venir acompañado de una sensación de hormigueo en la musculatura interna, pero posteriormente el temblor será más agudo y afectará a otras regiones además de las manos; al principio la lengua y luego todas las extremidades y el tórax. Otra inquietud característica es el trastorno neuromuscular que consiste en que el sujeto no puede evitar las contracciones espasmódicas de los músculos voluntarios. La sudación también se presenta en este síndrome, así como ansiedad, depresión, irritabilidad, falta de descanso e inquietud. Asimismo, aparece una sensación en el estómago como si estuviera contrayéndose, anorexia, náusea y vómito. La presión sanguínea y el ritmo cardíaco aumentan, hay insomnio, también puede haber alucinaciones visuales y auditivas antes de quedarse dormido.

En la mayor parte de los casos los signos del síndrome de abstinencia no progresan hasta la fase de delirium tremens, si no que siguen un curso más benigno. Los síntomas y signos se vuelven más marcados al segundo día de que se suspende el alcohol, alcanzan su máximo efecto durante el tercer día y luego empiezan a desaparecer, de tal modo que para el final de la primera semana sólo se observan en el sujeto trastornos menores.

Delirium Tremens.-En algunos alcohólicos la suspensión de la ingesta de alcohol trae consecuencias más graves. El temblor es bastante acentuado, generalizado, de tal forma que cuando el paciente se acuesta, incluso puede mover la cama. La conciencia se encuentra obnubilada. El sujeto no puede orientarse en tiempo y espacio, los períodos de atención disminuyen, de tal

modo que es incapaz de concentrarse en un mismo asunto. Las ilusiones pueden presentarse así como las alucinaciones visuales, en ocasiones las imágenes son objetos de gran tamaño que aterrorizan al paciente. Las alucinaciones auditivas son también frecuentes. El efecto predominante es la ansiedad, que progresa hasta convertirse en miedo, con frecuencia la sospecha y la ira también están presentes.

El Delirium Tremens por regla general se agrava por la noche. Con frecuencia, el inicio del delirium tremens tiene lugar durante las segundas 24 horas de haber disminuido la ingesta de alcohol, como una exageración de los síntomas pronunciados en la abstinencia.

El alcoholismo como farmacodependencia tiene sus caracterizaciones y sus formas de acción específicas.

El uso de bebidas alcohólicas es casi algo normal dentro del modo de vida de muchos países, la dependencia se presenta como una exageración de los patrones culturales establecidos; las manifestaciones de dependencia varían de acuerdo a las características que el uso del alcohol adopte dentro de cada pueblo.

La dependencia psíquica al alcohol también tiene una graduación. La más ligera se da cuando se le extraña o desea si no está disponible durante las comidas o reuniones sociales.

El nivel moderado existe cuando el individuo se siente obligado a beber por pretextos de trabajo o para participar en la sociedad, adoptando medidas que aseguren la obtención de la droga con éste propósito. Esta dependencia psíquica al alcohol es la resultante de una interacción entre los efectos farmacodinámicos de la droga y los conflictos emocionales del usuario. Por otra parte, ocurre cierto grado de adaptación fisiológica y psicológica de modo que el alcohólico aparece como menos intoxicado y sus funciones no muy alteradas a una concentración sanguínea determinada de alcohol, lo que no sucede de esta forma con un sujeto no alcohólico. La dependencia física existe y el síndrome de abstinencia es la resultante, cuando la ingesta del alcohol se reduce por debajo de un nivel crítico (Villamil, 1980).

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que el cuadro clínico del alcoholismo consiste en patrones de conducta definidos que se presentan en

forma repetitiva, La característica esencial del cuadro debe ser el uso del alcohol y que su uso afecte una o más de las siguientes áreas: familiar, social, física, legal, económica. Al afectarse estas áreas existen en consecuencia pérdidas como por ejemplo, pérdida de confianza, pérdida de relaciones interpersonales, pérdida de la capacidad laboral, pérdida de salud, etc..

Desafortunadamente, aún con todos los estudios que goza y la gran advertencia que han hecho los medios de difusión, esta enfermedad sigue siendo manejada en todos los niveles con gran ignorancia, ya que continúa concibiéndose como un vicio y/o falta de voluntad, por muchos profesionales y en general para la gran mayoría de las personas.

2.2.-PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL.

De acuerdo a Tapia (1994) las discusiones metodológicas sobre la mejor forma de estudiar los patrones de consumo de alcohol, datan por lo menos de 1926, cuando se habló de la importancia de separar a los que beben diariamente -"normales"- de los bebedores ocasionales con grandes problemas.

E.M. Jellinek, pionero de los estudios sobre alcoholismo propuso en su libro "El concepto del alcoholismo como enfermedad" (Jellinek, 1960), cinco patrones básicos del beber excesivo. Para ello utilizó letras del alfabeto griego con el fin de no ser prejuiciado al respecto. Los patrones básicos que clasifica son los siguientes:

Alcoholismo alfa.- Consiste en una dependencia psicológica al alcohol. Un individuo con alcoholismo alfa puede proceder a desarrollar dependencia física y las demás características del alcoholismo gamma.

Alcoholismo beta.- Representa el hábito de beber de manera social en exceso con sus secuelas físicas. No hay en éste patrón dependencia física ni psicológica.

Alcoholismo gamma.- Consiste en beber hasta el estado de embriaguez en episodios que pueden duran hasta días, semanas o meses. Existe dependencia física que se manifiesta por los síntomas del síndrome de abstinencia cuando

se deja de ingerir dosis de alcohol habitual. Entre borrachera y borrachera el alcohólico gamma o se abstiene de tomar o bien lo hace de modo moderado. En este estado se "pierde el control" en el sentido de que cuando el sujeto toma alcohol a veces evoca añoranza y deseo de beber más y la ingestión puede continuar hasta la intoxicación.

Alcoholismo delta.-Se caracteriza por un elevado volumen en el consumo de alcohol durante el día, aunque el sujeto retiene su capacidad de evitar las disfunciones de la intoxicación patente. Existe en estos casos una pronunciada neuroadaptación y una marcada tolerancia funcional, aunque las características del síndrome de abstinencia típicas de la dependencia física ayudan a explicar porque el sujeto no puede dejar de beber ni siquiera un día.

Alcoholismo epsilon.- Se trata de lo que antes se conocía como "dipsomanía", caracterizada por un patrón de fases infrecuentes de borracheras cortas intercaladas entre períodos largos de abstinencia total. Debe distinguirse de los episodios breves de ingestión excesiva por parte de los alcohólicos gamma o delta que buscan la abstinencia y son capaces de lograrla de modo temporal entre episodios y parrandas.

Tapia (1994) cita a Cahallan y cols., quienes en 1969, en sus estudios sobre consumo de alcohol en E. U. formularon las siguientes preguntas acerca de cada tipo de bebida: la frecuencia de consumo y la proporción de ocasiones en las que se bebieron una o dos, tres o cuatro, y cinco o más copas. A partir de éstas se desarrolló el índice QFV (cantidad, frecuencia, variabilidad) con valores que oscilaron entre una (bebe menos de una vez al mes) y 17 (bebe tres o más veces al día). Con la formación de categorías de los patrones de consumo que resultaron de estas preguntas se asume que una persona que bebe grandes cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo, tendrá más problemas que una persona que limita la cantidad a una o dos copas, aunque esta última beba con más frecuencia. De esta manera, una persona que bebe diariamente y nunca toma más de una o dos copas, es considerada como bebedor leve; pero una persona que sólo bebe dos o tres veces al mes, pero siempre toma más de cinco copas en cada ocasión de consumo será un bebedor consuetudinario.

Solomón y Patch, (1972) consideran 3 entidades diagnósticas posibles:

el alcoholismo social, el alcoholismo neurótico y el alcoholismo psicótico. Mencionan que estas categorías no tienen exclusividad entre ellas y que de hecho raramente son vistas en forma pura. Una persona que comienza en una categoría puede más tarde asumir las categorías de otra o aún las categorías de las tres, sin embargo, una forma por lo general es la que predomina.

La descripción que hacen estos autores de las 3 entidades diagnósticas, es la siguiente:

a) *Alcoholismo social*.- El deseo de adaptarse al grupo, a menudo es la base del alcoholismo inicial. En algunas subculturas el ser capaz de aguantar la bebida constituye parte de la definición de hombría. Esto no es diferente de otras formas de conducta adquiridas del mismo modo, como por ejemplo las apuestas y la delincuencia. En ocasiones no es un grupo de colegas sino los propios familiares cercanos los que sirven como modelo para una conducta de embriaguez. Una historia cuidadosa mostrará a menudo un patrón característico del desarrollo del alcoholismo y el diagnóstico podrá hacerse confiablemente.

b) *Alcoholismo neurótico*.- En el alcoholismo neurótico, el beber está principalmente basado en una motivación inconsciente y sirve como un medio de mantener el equilibrio psicodinámico. En la vida del paciente alcohólico, la pérdida del control constituye una ocurrencia regular. El alcohol es utilizado por estas personas para adquirir confianza, aliviar ansiedad, para huir de sus responsabilidades, como sustituto de la hostilidad, como sustituto para el sexo o como regresión.

c) *Alcoholismo psicótico*.- Este tipo de alcoholismo incluye dos subtipos: alcoholismo esquizofrénico y el alcoholismo maniaco-depresivo. En cualquiera de ellos la ayuda es buscada al final de una parranda de varios días, cuando el paciente se encuentra bajo el efecto del delirium tremens o alguna otra forma de sintomatología del síndrome de abstinencia. Las tasas de morbilidad y de mortalidad son elevadas en estos casos. El alcoholismo psicótico es una indicación de psicopatología subyacente grave y la hospitalización está por lo general recomendada.

En México, los primeros estudios que avaluaron los patrones de consumo de alcohol en la población general se llevaron a cabo en la primera

mitad de la década de los setenta; utilizaron el índice cantidad-frecuencia-variabilidad (QFV) que proponen Cahallan y cols. (1969). La conveniencia de esta forma de definir los patrones de consumo fue evaluada por Medina-Mora y Terroba (1980) quienes encontraron una correlación positiva entre el puntaje del consumo de alcohol y el de los problemas relacionados con la ingesta.

Se ha encontrado también que mediante la creación de estos conceptos, se explican mejor las medidas continuas (p. ej., la cantidad de alcohol absoluto consumido al mes), y las tasas de problemas asociados al consumo en la población mexicana. Ha resultado útil, además, para realizar comparaciones transculturales. por ejemplo, es interesante que el patrón de consumo que podríamos llamar típicamente mexicano -frecuencia moderada con altos niveles de consumo-, es poco observado en España; por otra parte, la frecuencia regular con bajos niveles de consumo, más frecuente en aquel país, es rara en México (Medina-Mora, 1988).

En estudios posteriores llevados a cabo en E:U: y México, se preguntó directamente con qué frecuencia los bebedores consumieron diferente número de copas en cada ocasión de consumo. Se categorizaron patrones de consumo que consideran -para cada categoría de frecuencia- el consumo de altas y bajas cantidades en cada ocasión de consumo.

Tapia (1994) menciona que en la reciente Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) se interrogó directamente sobre la frecuencia con que se consumían diferentes cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo, de cerveza, vino de mesa, destilados, pulque o alcohol de caña. Se consideró consumo alto la ingestión de cinco o más copas en cada ocasión. Con base en esta información se definieron seis patrones de consumo. Para cada frecuencia de consumo se consideran niveles altos y bajos de ingesta.

Los patrones de consumo clasificados por la ENA son los siguientes:

Bebedor frecuente consuetudinario.- Persona que refiere consumir una vez por semana o con más frecuencia y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez por la semana.

Bebedor frecuente de alto nivel.-Persona que refiere consumir una vez por semana o con más frecuencia y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedor frecuente de bajo nivel.-Persona que refiere consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que nunca toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo.

Bebedor moderado de alto nivel.- Persona que refiere consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que toma cinco copas o más en cada ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedor moderado de bajo nivel.-Persona que refiere consumir una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que nunca toma más de cinco copas en cada ocasión de consumo.

Bebedor poco frecuente.- Persona que refiere consumir una vez al año o con mayor frecuencia, pero menos de una vez al mes.

No obstante la existencia de los diferentes categorías de patrones de alcoholismo es importante considerar que aún cuando una persona se encuentre en los nivel más moderados de alcoholismo, siempre existe el riesgo de dar un paso mayor, que solo es un continuo, y convertirse en una persona alcohólica que requerirá de la ayuda de los sistemas de salud para detener el curso natural del proceso patológico.

2.3.-ETIOLOGIA

Para entender el por qué de la conducta de los alcohólicos hay que tomar en cuenta que se trata de una enfermedad multifactorial ya que se tienen que reunir varios factores para que se desencadene la enfermedad. Son factores hereditarios, biológicos, socioculturales y psicológicos.

Factores hereditarios.-Madden (1986),considera que resulta tentador proponer que los patrones de consumo personal del alcohol están, en parte, determinados de manera genética. En un sentido general, debe existir un elemento genético, dado que el patrón de consumo que un individuo establece implica una interacción entre sustancias psicotrópicas y estructuras somáticas y son los genes los que forman las estructuras del organismo. La cuestión de si la herencia ayuda a explicar el por qué ciertas gentes desarrollan dependencia al alcohol mientras que otras no, ha sido muy debatida.

No puede dudarse que sea cierto que la dependencia al alcohol tiene

una marcada tendencia a recurrir en la misma familia pero una tendencia familiar no necesariamente implica una disposición genética. Los hábitos y patrones de beber en exceso pueden ser transmitidos a través de las generaciones por medio del ejemplo paternal o por la imitación del modelo de los hermanos, al tiempo que también puede ocurrir que las tensiones de vivir con un padre alcohólico promuevan dificultades emocionales en los niños que más tarde son temporalmente aliviadas en la vida adulta por el alcohol.

Se han realizado varios estudios con gemelos con la intención de eliminar, tanto como sea posible, los efectos de las influencias no hereditarias durante los años formativos; también se han llevado a cabo investigaciones con niños adoptados para esclarecer las influencias de la herencia y la crianza; así mismo, se han realizado estudios genéticos que vinculan la dependencia al alcohol con la depresión pero en todos estos estudios sobre la relación entre la herencia y la dependencia al alcohol, solo se obtienen resultados sugestivos, pero de ninguna manera concluyentes. Por lo tanto, es probable que ciertos elementos genéticos afecten el grado de consumo de alcohol y de dependencia al mismo, pero su naturaleza es incierta y su poder relativo es débil comparado con las fuerzas socioculturales.

Factores biológicos.-Algunas personas consideran que existen diferencias físicas entre los individuos alcohólicos y los no alcohólicos. Alcohólicos Anónimos considera que hay un factor alérgico que causa, en los individuos afectados, el ansia de beber y la dependencia al mismo. Esta teoría no ha sido aceptada por los médicos porque no hay pruebas convincentes. Cuando se administra alcohol a personas alcohólicas no hay reacciones características en tejidos, fluidos corporales o en las células sanguíneas que indiquen un factor alérgico, por lo que estos factores tampoco son determinantes de la causa del alcoholismo.

Factores socioculturales.- Los aspectos socioculturales que se relacionan con la aceptabilidad y la disponibilidad del alcohol son los factores más determinantes en la producción de los hábitos de consumo personal peligroso.

Existen varias razones por las cuales un individuo, miembro de la sociedad, puede recurrir a tomar alcohol:

- 1.- Algunos preparados alcohólicos se toman porque la gente considera que

tiene valores nutritivos.

2.- El acto de ofrecer o tomar alcohol entre persona es un gesto de amistad y compartirlo simboliza la unidad de grupo y por lo tanto ser aceptado por los demás.

3.-El consumo de alcohol se utiliza de modo deliberado para confirmar un acuerdo o para sellar un negocio o contrato.

4.-El abandono de los valores sociales convencionales se expresan a menudo a través del consumo de alcohol.

5.-Las personas inconformes e inadecuadas pueden encontrar aceptación en una subcultura compartiendo algunos de sus hábitos de consumo de alcohol o droga.

6.- Se utiliza el alcohol como medio de relajación o de descanso de una responsabilidad.

7.-La conducta desinhibida es más aceptada socialmente cuando el individuo que realiza tal comportamiento ha ingerido alcohol.

8.-La fácil disponibilidad del alcohol es otro de los factores importantes que favorecen su uso. En cualquier parte se consigue el alcohol y su precio es accesible a la mayoría de la gente, asimismo, las restricciones para su venta son limitadas.

9.-La publicidad que incita a la compra del alcohol.

10.- Y un aspecto muy importante es el aprendizaje que obtienen los jóvenes al observar a sus padres y familiares que consumen el alcohol, así como la influencia de las personas que por el hecho de consumir alcohol las consideran importantes y poderosas, lo que los lleva a tomarlos como modelo.

Factores Psicológicos.-Los problemas emocionales que se manifiestan desde dentro de la constitución propia y que tienen sus raíces en los genes o en las influencias de la niñez temprana juegan un papel relevante en la etiología de la tendencia personal a consumir bebidas alcohólicas. La dificultad en la elaboración constructiva de este concepto se encuentra en la determinación objetiva de cuáles de las alteraciones emocionales que pueden encontrarse en los bebedores excesivos precedieron a la habituación del alcohol y cuáles fueron las producidas por el consumo de éste.

De acuerdo a un enfoque psicoanalítico, el alcoholismo es el resultado

de alteraciones emocionales y privaciones en la infancia y en la adolescencia - con la consecuente inmadurez emocional-, en donde el consumo de alcohol obedece al deseo de resolver los sentimientos de inseguridad. El alcohólico utiliza la bebida para relajar sentimientos de ansiedad, inutilidad, inferioridad y depresión, los cuales son patrones bastante profundos de marcada inseguridad, frustración, culpabilidad y que generalmente no son reconocidos (Villamil, 1980).

Cantú y Paullada (1991) consideran que el alcohólico posee una personalidad adictiva, es decir, que es una persona dependiente en el sentido que (a parte de las sustancias) depende de otras personas en su componente emocional y busca que quienes lo rodean conviertan sus fantasías en realidad; por ende, es irresponsable consigo misma y esto al mismo tiempo afecta a las personas que lo rodean.

Esta conducta se presenta en un sin fin de variedades, acerca de cómo un ser querido lo debe querer, hasta el hecho de que las personas cercanas a él tienen que enfrentar y resolver las consecuencias de su conducta. El adicto, como resultado de su conducta presenta una intolerancia al rechazo. Fácilmente puede presentar un acting-out cuando ellos, en forma particular, perciben o se imaginan un rechazo por parte de personas cercanas a ellos. También este hecho de depender de otras gentes los hace que se conviertan en excelentes manipuladores que buscan obtener sus deseos a base de provocar emociones displacenteras en las personas que los rodean, especialmente el provocar culpa o hacer sentir que otros son responsables.

Cuando ésta conducta no es efectiva asumen el rol de mártir, expresando que nadie los comprende, esto provoca una inseguridad básica en sí mismo por lo que fácilmente asumen actitudes prepotentes y en realidad creen que ellos tienen la razón y el resto de las personas está mal. Tienen un manejo inadecuado de la realidad y tienden a depositar sus fantasías en otros, las cuales difícilmente se convertirán en realidad y ante la insistencia de lograr sus fantasías, se observa que no aprenden de la experiencia. Contestan lo que las personas desean oír; son deshonestos en cuanto a su situación, por lo que pierden la confianza de los demás. Presentan un mal manejo de la agresión, con resentimiento hacia las personas queridas o con un continuo manejo de

agresión pasiva. El cuadro también presenta una necesidad de gratificación inmediata, impulsividad y una pobre tolerancia a la frustración (Cantú y Paullada, 1991).

También sobresale en ellos la ineficiencia para hacerle frente a las emociones, de alguna forma sus mecanismos de defensa son inmaduros, por lo tanto les resulta intolerables las emociones, son personas hipersensibles.

Las emociones son alarmas naturales de nuestro funcionamiento y ellos tratan de evadirlas. Pero como no logran pasarlas desapercibidas tarde o temprano encuentran en las sustancias una manera eficaz de anestesiar las emociones por lo cual les resulta placentero intoxicarse. El alcohol entonces, funciona como un satisfactor de necesidades orales y también produce bienestar por su acción cerebral de atenuar la angustia, narconizando las áreas cerebrales relacionadas con las inhibiciones y la culpabilidad.

Todos sus patrones de conducta maladaptativos se encuentran encaminados a tratar de no provocar un surgimiento de emociones dentro de ellos. Sus principales mecanismos de defensa son la negación, la racionalización y fuga a la fantasía. Dentro de la enfermedad, su esfuerzo de adaptación ha sido inadecuado e ineficaz, pero es el único que perciben como de ellos, sin capacidad de encontrar alternativas.

Es difícil precisar que factores son exactamente los que llevan a una persona a ingerir bebidas alcohólicas en forma excesiva, porque cada una de ellas, de acuerdo a su historia tendrá explicaciones específicas a su conducta, sin embargo lo importante es encontrar el tratamiento adecuado considerando las características de cada persona con problemas de alcoholismo.

2.4.-TRATAMIENTO

A partir de que el alcoholismo fué considerado una enfermedad en la década de los 50s -gracias a los estudios de Jellinek (1960)- se han creado servicios interdisciplinarios específicos dedicados a la terapia y rehabilitación de los alcohólicos.

Aunque el alcoholismo es considerado una enfermedad difícil de superar es incorrecto pensar que no se puede lograr algo con el bebedor excesivo que niega tener problemas con la bebida y que no quiere tampoco considerar la necesidad de controlar su patrón de consumo. Debido a las consecuencias potencialmente tan serias causado por el abuso del alcohol, tanto para el bebedor como para las personas que interactúan con él, Madden (1986) considera que el terapeuta tiene el deber de intentar influirle comprensión y alentarle en el deseo de recuperación.

Aunque podría pensarse que los resultados con alcohólicos motivados a la abstinencia podrían ser más exitosos, existen estudios que demuestran que la motivación para la abstinencia no parece tener relación alguna con los resultados reales de la terapia (Willems, 1973). El resultado del nocivo hábito del abuso de alcohol está determinado no por la motivación inicial del sujeto, sino más bien por su capacidad de alterar su actitud en la dirección adecuada y conservarse en la posición correcta. Poder conservar la motivación depende de muchos factores que no se comprenden bien todavía pero que pueden resumirse en los encabezados "estabilidad de la personalidad" y "circunstancias sociales favorecedoras" (Madden, 1986).

Los bebedores problema, por sus abusos, con mucha frecuencia asisten a tratamiento no tanto porque tienen ganas o les interesa moderar su patrón de ingestión, sino porque se les presiona y obliga a asistir. En algunos países la obligación es legal: puede ser que los remita una orden jurídica por haber cometida alguna infracción, o aún sin haber sido convicto, el tratamiento para el alcohólico es obligatorio de acuerdo a las diversas legislaciones en los distintos países. Desgraciadamente en México no existen leyes que obliguen a un bebedor excesivo, a formar parte de un tratamiento para lograr superar su problema, aún son tratados únicamente como delincuentes, sin considerar que sufren una grave enfermedad progresiva y mortal. Lo más común es que las presiones para el tratamiento provengan de algún familiar o amigo cercano; muchos alcohólicos pueden beneficiarse mucho si se les ayuda, aunque se rehúsen a iniciar el tratamiento y asistan a regañadientas y con deshonestidad ante la esperanza de salvar consecuencias sociales de su alcoholismo.

Existen diferentes enfoques terapéuticos para abordar el alcoholismo. Entre

ellos se incluyen: desintoxicación, tratamiento psiquiátrico, tratamiento psicológico, psicoterapia individual, de grupo y de familia, así como grupos de autoayuda.

Desintoxicación.- El alcohol trastorna las funciones mentales, inhibe el juicio claro y la capacidad de autocrítica, al mismo tiempo que los síntomas de la abstinencia le infunden miedo al sujeto de discontinuar la bebida. Esto hace necesario que en primer lugar, antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento, se canalice a la persona al hospital para desintoxicarse, de tal forma que una vez recobrada su sobriedad, eliminando el síndrome de abstinencia y recuperando la mente despejada, puede entonces asumir una actitud más racional respecto a sus hábitos de beber y sus demás problemas.

En varios países existen centros donde los individuos con problemas de dependencia al alcohol se admiten con un mínimo de requisitos a fin de que puedan volver a la sobriedad y aliviar los síntomas de la supresión o disminución de la ingestión de alcohol. La agrupación de Alcohólicos Anónimos cuenta con el servicio de internado, en donde los alcohólicos baja la vigilancia de los mismos miembros pero también de médicos, logra por el momento, aliviar los síntomas de la abstinencia y mantenerse durante un período de tiempo sin ingerir bebidas alcohólicas.

Una vez desintoxicado el sujeto, Echeburúa (1994) propone que al margen del objetivo terapéutico propuesto, un componente importante del programa de intervención es informar al sujeto por medio de folletos de fácil lectura, los efectos a mediano y a largo plazo del consumo excesivo de alcohol, tanto en la salud física como en el bienestar psicológico y social. El autor considera que esta información es de ayuda porque contrarresta la tendencia a pensar sólo en los efectos placenteros iniciales a corto plazo, del consumo de alcohol.

Tratamiento Psiquiátrico.- En aquellos casos en que el alcohólico no está dispuesto a asumir la responsabilidad de asistir a un tratamiento, ya sea psicoterapéutico o de autoayuda, existe una sustancia, el Disulfiram, el cual produce efectos desagradables en el organismo si se combina con el alcohol.

Las características de la reacción al disulfiram con el etanol en el paciente que previamente ha ingerido una dosis de disulfiram empiezan a manifestarse entre los veinte o treinta minutos después de que el sujeto toma alcohol. Los

síntomas consisten en rubores generalizados, disnea, palpitaciones, sudoración, náuseas, vómitos y cefalea. El aliento del sujeto huele a bebida alcohólica rancia. El pulso aumenta y la presión sanguínea desciende. Diferentes reacciones agudas pueden progresar hasta ocasionar un choque cardiovascular, arritmias cardíacas, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, convulsiones y muerte.

La dosis de disulfiram que se debe administrar ha ido disminuyendo conforme pasas los años. De 200 a 250 mg por vía bucal una vez al día se consideran suficientes en la actualidad. Para asegurarse de que el alcohólico desarrolle un hábito regular de ingestión del fármaco, lo mejor es aconsejarle que lo tome por las mañanas, pero si la sustancia le produce efectos colaterales indeseables como mareos o somnolencia entonces se puede recomendar que se tome por las noches antes de acostarse. Para evitar que el disulfiram pueda reaccionar con el alcohol en el organismo debe instruirse al dependiente para que no tome su primera dosis de disulfiram hasta después de haberse abstenido durante por lo menos 24 horas. (Madden, 1986)

Algunos bebedores dependientes al alcohol no toman regularmente todos los días el fármaco, sino que optan por traer consigo las tabletas para poder tomarlas cuando empiezan a sentir muchos deseos de ingerir alcohol o piensan que podrían estar tentados a hacerlo; otros toman el fármaco todos los días para dar confianza y calmar a sus esposas, considerando que no necesitan ninguna sustancia para permanecer alejados del alcohol.

Pullar-Strecker (1950) dice: "usted puede darle Antabuse (disulfiram) a su paciente pero no puede obligarlo a que se tome las tabletas". Esta sentencia describe la principal desventaja del tratamiento con disulfiram, ya que requiere de la cooperación prolongada del bebedor problema, cuyo deseo de abstenerse del alcohol puede ser débil o transitorio. No obstante a sus desventajas, el disulfiram es un recurso de gran utilidad en la terapia de rehabilitación de los alcohólicos.

Es frecuente que el alcohólico cuando busca la ayuda del psiquiatra, no solicite precisamente psicoterapia u orientación sino más bien ayuda química del médico con el objeto de aliviar sus trastornos emocionales. En la mayor parte de los casos cuando se prescriben fármacos ignorando la ingestión de

alcohol, lo único que se logra es que el sujeto ingiera las pastillas con una buena dosis de licor.

La regla del tratamiento del alcohólico debe enfocarse en primer lugar a la ingestión de alcohol, sin embargo existen ciertas excepciones. Por ejemplo, algunos bebedores consuetudinarios presentan psicosis maníacas o esquizofrénicas que anteceden y producen su ingestión de alcohol excesiva. En este caso lo más adecuado es enfocar la terapia a la psicosis.

El litio es una sustancia que estabiliza el estado de ánimo y se utiliza para reducir la frecuencia y gravedad de los ataques recurrentes de depresión psicótica que vienen acompañados de uno o más episodios de manía o que ocurren sin fase maníaca. Existen informes que afirman que el litio es capaz de reducir la ingestión de bebida y las incapacidades que el alcohol produce en los dependientes con depresión (Merry y cols., 1976). La depresión en el alcoholismo puede tener una gran variedad de causas pero los informes que aseguran que el litio puede ser recomendado en el tratamiento de los pacientes alcohólicos con depresión, deben ser confirmados antes de llevarse a cabo.

En conclusión se puede afirmar que los fármacos tienen un pequeño papel en el tratamiento de la dependencia al alcohol y que siempre que sea posible se debe evitar. Esta regla general tiene sus excepciones, como las patologías mencionadas anteriormente, cuando se administra un fármaco para aliviar los síntomas de la abstinencia y cuando se utiliza el disulfiram para producir reacciones desagradables cada vez que el sujeto lo combina con alcohol. Pero las indicaciones para la prescripción de fármacos a alcohólicos son en realidad pocas, en tanto que las desventajas para recetarlos pueden ser muchas. Por ejemplo: algunas de estas sustancias pueden producir dependencia; puede ocurrir sobredosis deliberadas o accidentales; el hecho de tomar fármacos tiende a confirmar a los sujetos dependientes la falsa impresión de que la salida a sus dificultades es química; desde el punto de vista psicológico inhibe al alcohólico impidiéndole tomar debida conciencia de su situación al tiempo que refuerza su confianza en las sustancias psicotrópicas incluyendo el alcohol. Los sedantes, tranquilizantes y antidepressivos no tienen porque estar presentes en el tratamiento de la dependencia al alcohol, salvo en casos especiales. Resulta contradictorio y poco entendible, el tratar de sacar a un paciente de su

dependencia al alcohol por medio de introducir una nueva y quizá igual o más peligrosa, dependencia. Es probable que resulte necesario trasladar su dependencia a otro tipo de dependencia, siempre y cuando esta resulte ser en beneficio de su salud y de su crecimiento.

Tratamiento Psicológico.- De acuerdo a Miller y Eiber (1980), un enfoque psicológico del alcoholismo tiene que incluir los siguientes elementos:

1) La supresión del consumo de alcohol y para ello puede utilizarse terapias **aversivas** que han sido desarrolladas para disminuir las propiedades reforzantes **inmediatas** del alcohol y de los estímulos antecedentes relacionadas con su consumo.

2) El **entrenamiento** en conductas alternativas al alcohol. Dejar de consumir alcohol sin darle algo gratificante a cambio es un objetivo terapéutico insuficiente. Se debe enseñar al alcohólico pautas de conducta más adaptadas, por dos motivos: a) esas conductas nuevas son incompatibles con la adicción, y b) ofrecen al sujeto vías nuevas de obtener satisfacciones en la vida.

Un programa integrado en el tratamiento del alcohólico debe prestar atención a los siguientes puntos: a) desarrollar en el sujeto un repertorio de conductas alternativas adecuadas, sobre todo en lo relacionado con las conductas sociales, profesionales y la ocupación del tiempo libre; b) reorganizar el ambiente social y profesional del alcohólico, especialmente desde la perspectiva de las situaciones y estímulos que le llevan habitualmente a beber; y c) enseñar al sujeto estrategias de solución de problemas, de toma de decisiones y modos de hacer frente a los problemas significativos, sobre todo el manejo de la ansiedad y depresión.

Se han desarrollado en los últimos años terapias conductuales específicas para abordar los déficits sociales de los alcohólicos, debido a que estos déficits - la inhibición social, la soledad, el aburrimiento, etc.- propician el consumo de alcohol por ser éste facilitador de la relación social y/o por proporcionar fuentes alternativas de reforzamiento. Estas terapias constan de entrenamiento en asertividad, entrenamiento en relajación y en su caso, técnicas de búsqueda de empleo.

Se debe considerar como alternativa terapéutica la reorganización del horario del sujeto y el aumento de las actividades de ocio (de modo que se

transforme en poderosos reforzadores sustitutivos de la búsqueda de alcohol), así como el entrenamiento del sujeto en técnicas de autogratificación.

3) La reorganización de las consecuencias ambientales (familiares, sociales y profesionales), vinculadas a la ingestión de alcohol y a la sobriedad, de modo que reciban un refuerzo máximo por actividades que no impliquen la ingesta de alcohol. El objetivo de este tratamiento psicológico consiste en entrenar a los familiares y amigos en los principios del conductismo, de modo que aprendan a someter a un proceso de extinción los episodios de bebida y refuercen los episodios de sobriedad y en general las conductas positivas incompatibles con la bebida.

En el tratamiento del alcohólico se han empleado con éxito varias técnicas conductuales. La primera de estas técnicas que se utilizó fué el condicionamiento aversivo, método que comprende el acoplamiento a la bebida de los pensamientos o las preparaciones para disponerse a beber, con una consecuencia desagradable para el bebedor. Es común ver que una persona que no es dependiente al alcohol y se enferma después de episodios alcohólicos excesivos, se vuelve posteriormente incapaz de tomar esa bebida debido a la náusea que le produce, misma que puede incluso ser provocada simplemente al pensar en la bebida. Tal rechazo puede extenderse en ocasiones al resto de las demás bebidas alcohólicas, aversión que puede durar indefinidamente.

En los inicios del siglo XX, Pavlov, en el curso de sus experimentos con perros, demostró que la combinación repetida de un estímulo neutro con un estímulo que naturalmente produce una reacción refleja, determina en el sujeto que el estímulo neutro por sí mismo evoque la reacción refleja. Dintintas derivaciones de su modelo experimental se han venido utilizando en el condicionamiento aversivo contra el alcohol.

Cuando se empezaron a emplear las técnicas de condicionamiento aversivo para el tratamiento del alcoholismo, el estímulo utilizado fué la inyección de alguna droga como la apomorfina (emetina), sustancia capaz de inducir en los sujetos náuseas y vómito. Una vez inyectada la droga se le daba a beber una buena dosis de alcohol antes de que se iniciaran los síntomas de náusea y vómito inducidos por la droga. Este procedimiento se repetía en varias

ocasiones en cada paciente con la intención de desarrollar un reflejo condicionado de tal forma que el alcohol se uniera indeleblemente a la sensación de náusea y vómito.

Aunque Lemere y Voegtlin (1950) lograron una tasa de abstinencia del 51% en sus pacientes recurriendo a la aversión química, esta forma de condicionamiento ha caído en desuso actualmente por varias razones (Madden, 1986). En primer lugar es muy desagradable para el paciente y presenta ciertos riesgos debido a la posible inspiración del vómito y el colapso circulatorio. Los sujetos difieren en cuanto a su sensibilidad a las drogas eméticas, lo que produce consecuentemente dificultades en la determinación de las dosis individuales. Desde el punto de vista teórico el condicionamiento químico no necesariamente debe durar mucho tiempo. El estímulo condicionado del alcohol se presenta en respuesta al estímulo incondicionado de la droga emética y en ocasiones después de la reacción de náusea. El condicionamiento retrógrado de este tipo habitualmente es débil y transitorio y pierde confiabilidad. Los resultados del condicionamiento químico han variado ampliamente en los distintos reportes de la literatura técnica, en función del entusiasmo de los terapeutas y los factores relevantes de la personalidad de cada sujeto alcohólico.

La estimulación farádica administrada en forma de choques eléctricos dolorosos pero soportables vino a reemplazar a las sustancias eméticas para inducir aversión refleja al alcohol. Se somete al sujeto alcohólico a un régimen de terapia en el cual se le administra un fuerte choque eléctrico cada vez que ingiere alcohol o se prepara para hacerlo. En comparación con el condicionamiento químico este procedimiento con choque es más seguro, más amplio, más preciso y visto desde cualquier ángulo, menos desagradable.

La técnica conductual que se basa en la administración de estímulos desagradables asociados al uso de alcohol, sigue la regla de aplicar estos estímulos en respuesta a cada conducta indeseable y conlleva la metodología del condicionamiento clásico. Un enfoque alternativo consiste en el condicionamiento operante, en el cual a través de sesiones de tratamiento el sujeto se somete a las sanciones acordadas a fin de inducir aversión al alcohol. Este condicionamiento operante puede ser un medio más eficaz que el

condicionamiento clásico para hacer desaparecer un patrón de conducta indeseable. Un refinamiento posteriormente alcanzado es el control aversivo discriminado. Aquí el bebedor problema recibe un choque eléctrico no por haber bebido sino por haber bebido más allá de una cantidad predeterminada o porque su nivel de concentración sangre/alcohol subió más allá de la marca fijada en el aparato que suministra la descarga eléctrica. La meta en esta última forma de terapia de aversión es inducir al sujeto hábitos de bebida controlada y no de abstinencia (Madden, 1986).

La terapia aversiva provee una manera de comunicación entre el paciente y el terapeuta en cuyo transcurso se desarrollan vínculos emocionales que pueden inducir al sujeto dependiente al alcohol, a modelarse de acuerdo a las expectativas terapéuticas y rehabilitarse en función de éstas. Los métodos de la terapia aversiva sirven también para establecer en ambas partes la impresión de que se lleva a cabo una terapia activa que redundará en beneficio del sujeto dependiente. Las mismas consideraciones se aplican también a otras formas de terapia de rehabilitación de alcohólicos, excepto que la duración e intensidad de la terapia aversiva son con frecuencia considerables en la práctica, de tal manera que favorece el desarrollo de una relación positiva entre el paciente y el terapeuta. El sufrimiento del sujeto durante la terapia aversiva permite relacionar sentimientos de culpa a la conducta alcohólica y orillar al bebedor problema a considerar que su recuperación es de prioridad absoluta.

Los métodos no aversivos de modificación conductual han venido a sustituir casi por completo a la terapia aversiva. Estos métodos comprenden el reconocimiento de las dificultades y los eventos que precipitaron el beber excesivo del sujeto y se orientan a buscar y promover reacciones alternativas que no impliquen el consumo del alcohol.

Por ejemplo, en vez de basar el tratamiento en administrar al sujeto dependiente un castigo o estímulo doloroso por haber tomado alcohol, se le premia o recompensa cada vez que tiene éxito en evitar la bebida. El reforzamiento positivo puede ser dinero, privilegios durante su estancia hospitalaria o un mejor respaldo y servicio a los bebedores que se encuentran haciendo vida civil normal en la comunidad.

También se puede recurrir a utilizar la desensibilización sistemática a los estímulos emocionales desagradables. La exposición intensa a estímulos capaces de producir trastorno ("saturar") es otro método posible para reducir su aspecto desagradable. El comportamiento del alcohólico puede ser moldeado de modo gradual en la dirección deseada. Como alternativa se puede moldear la conducta del alcohólico tomando como modelo la de alguna otra persona.

Las técnicas de terapia conductual son adecuadas (con ciertas modificaciones apropiadas de acuerdo a cada paciente) de manera independiente de que el paciente reciba orientación destinada a que se abstenga de consumir alcohol o que aprenda a moderar y controlar su consumo. Con mucha frecuencia se recurre a estas técnicas en las unidades de tratamiento y en otros centros dedicados a atender los problemas de las personas con dependencia alcohólica, en pacientes externos o internos.

Psicoterapia individual.- Las influencias psicoterapéuticas de orientación y apoyo en la modalidad persona a persona son muy variadas. Entre éstas están las encaminadas a aumentar la autoestima que el bebedor consuetudinario gana al aprender a respetar a su terapeuta; con la posibilidad de poder descargarse de ideas y sentimientos emocionales dolorosos; el alivio de los sentimientos de culpa; el esclarecimiento de las actitudes y problemas a través del proceso de catarsis o de expresión de palabra; la evocación de recuerdos que necesitan revivirse pero que consciente o inconscientemente se encuentran relegados al olvido y el consejo experto del terapeuta.

Existen diferentes tipos de psicoterapia individual, algunas son profundas y prolongadas y otras superficiales y de corta duración. La profundidad de la psicoterapia depende de las potencialidades del bebedor, del entrenamiento y puntos de vista del terapeuta y de las metas y objetivos que se fijen conjuntamente el sujeto y su terapeuta como parte del contrato terapéutico. En el nivel más superficial están las discusiones centradas en encontrar soluciones prácticas y viables a los problemas de la bebida, así como a los problemas interpersonales, ocupacionales y de otra índole que dificultan la vida del paciente que acude a psicoterapia.

En el nivel más profundo se encuentra la *terapia con orientación psicoanalítica* la cual está encaminada a un reajuste radical de la personalidad.

Esta forma de psicoterapia considera que el pasado, y en particular el de la primera infancia, puede provocar trastornos psicopatológicos, sobre todo cuando este pasado fué oculto y escindido, volviéndose así inconsciente. Los recuerdos inconscientes desempeñan un rol importante en la producción de los síntomas y el sentido que a éstos se otorgue, remite al inconsciente. También en la psicoterapia con orientación psicoanalítica el rol de la sexualidad es primordial, por ejemplo, el material ajeno al Yo, eliminado de la conciencia y por ello expresado en los sueños y en los síntomas neuróticos, siempre tiene connotaciones sexuales. Otro aspecto relevante de esta psicoterapia se refiere a que las experiencias individuales (situaciones, acontecimientos, traumatismos, factores familiares y sociales) desempeñan un papel fundamental, la significación y el alcance de estas experiencias dependen del estadio del desarrollo en que se sobrevienen. En esta terapia, la enfermedad mental es concebida como una tentativa de ajuste, de resolución de los problemas que no pudieron resolverse de una manera más satisfactoria, por lo tanto, toda perturbación (aunque objetivamente ineficaz y subjetivamente dolorosa) constituye una forma de orden. (Ionescu, 1991). En la psicoterapia psicoanalítica el terapeuta trabaja con la asociación libre, la transferencia y las resistencias del paciente, siendo fundamental la interpretación y el desarrollo del insight.

En este proceso psicoterapéutico se requiere que el sujeto alcohólico exprese y reviva emocionalmente sus conflictos, a fin de ganar mejor comprensión del transcurso de su desarrollo que moldeó su temperamento así como de los orígenes de sus dificultades actuales; reviviendo el pasado el paciente facilita que este pasado entre en la situación del tratamiento.

En este tipo de psicoterapia el terapeuta debe adoptar un papel relativamente pasivo, dejando hasta donde sea posible que sea el sujeto el que verbalice y tome decisiones correspondientes a su caso, evitando de esta forma, agitar los inconscientes anhelos de dependencia del paciente alcohólico. (Madden, 1986)

Las perspectivas y actitudes del dependiente hacia su terapeuta están siempre sujetas a un cierto grado de distorsión subjetiva debido a experiencias anteriores, es decir, en la relación con el terapeuta existe la transferencia, la cual es muy importante para el tratamiento y debe ser analizada.

Los sentimientos del terapeuta hacia el alcohólico son significativos. La contratransferencia siempre indica algo acerca del terapeuta, pero es más importante lo que indica acerca del paciente. Ciertos sentimientos provocados en el terapeuta, como por ejemplo algunas reacciones de irritación, sentimientos punitivos o de protección pueden poner de manifiesto los patrones recurrentes de comportamiento interpersonal en el sujeto dependiente. Por lo tanto el terapeuta debe cuidarse de expresar sus propios sentimientos y emociones ya que pueden en un momento dado ir en contra de los intereses del paciente.

Siempre y cuando una reducción significativa del nivel de alcohol consumido esté ocurriendo y que tal reducción siga siendo el principal objetivo, es posible que algunos sujetos dependientes puedan beneficiarse de una psicoterapia intensiva y profunda. Los pacientes que tienen mayor probabilidad de beneficiarse con este tipo de psicoterapia son aquellos que poseen motivaciones sanas, inteligencia, con estabilidad para asistir regularmente a las sesiones y con capacidad conceptual para reconocer que existen algunas características psicodinámicas que acompañan a los sentimientos, las ideas y los síntomas de la conducta de beber.

Vaillant y Perry (1988), recomiendan para la psicoterapia del paciente alcohólico, tomar los parámetros y lineamientos básicos que existen para el manejo de trastornos de la personalidad. Cantu y Paullada (1991) agregan a estos lineamientos, otros específicos para la personalidad adictiva. Estos autores mencionan los siguientes puntos que el psicoterapeuta *no* debe de hacer

a) El psicoterapeuta no debe oír quejas repetitivas. Los individuos con personalidad adictiva tienden a culpar a los demás, responsabilizándose raramente de sus propias conductas y caen fácilmente en el rol de martir.

b) El terapeuta nunca debe de tratar de salvar la cara o sentirse avergonzado si es engañado por un paciente con trastornos de personalidad. En la personalidad adictiva buscarán en un principio defectos en el terapeuta para justificar el no ir a la terapia y los argumentos más fuertes son decir que el terapeuta le juega al papel de Dios.

c) El terapeuta no debe insistir en un contrato terapéutico. Es pedir al paciente que cambie antes de iniciar el tratamiento.

- d) El terapeuta no debe rescatar al paciente o alentar la dependencia. En el paciente con enfermedad adictiva sería un mantenimiento de su enfermedad.
- e) El terapeuta no debe culpar o castigar al paciente. Al paciente con personalidad adictiva hay que exigirle responsabilidad.
- f) El terapeuta no debe ofrecer insight o interpretaciones tempranas en el tratamiento. Además de que por el uso de sustancias el paciente tiende a ser concretista, el paciente en un principio necesita de confrontaciones sencillas.
- g) El terapeuta no debe presentarse como una pantalla sin emociones. El paciente con personalidad adictiva en un principio es suspicaz y reprime sus emociones, aparte de su baja tolerancia a la frustración. El mejor modelo de aprendizaje viene a ser el terapeuta.
- h) El terapeuta no debe mentir u ofrecer un mensaje verbal conflictivo. En la personalidad adictiva se debe exigir honestidad y una falla en el terapeuta derrumbaría este componente esencial del tratamiento.
- i) El terapeuta no debe prescribir ningún medicamento psicoactivo a menos que exista la indicación precisa. La problemática principal de la personalidad adictiva es el abuso de sustancias.

Acerca de lo que *sí* debe hacer el terapeuta, en pacientes con trastornos de la personalidad, los autores Vaillant y Perry (1988) recomiendan los siguiente, a lo que Cantú y Paullada (1991) agregan también algunos lineamientos recomendables para la personalidad adictiva:

- a) El terapeuta debe enfocarse en la conducta del paciente y no en la explicación de su comportamiento. En la personalidad adictiva usualmente la explicación la utilizan para justificar su enfermedad.
- b) El terapeuta debe asumir el modelo de consulta profesional en vez del modelo quirúrgico de hacer algo por el paciente. En la personalidad adictiva sería incrementar su pasividad.
- c) El terapeuta debe recordar que la conducta en pacientes con trastornos de personalidad como la de los adolescentes, a veces parece ilógica, irracional e incurable y que para la próxima sesión quizá no responda a ninguna recomendación o confrontación. En la personalidad adictiva contratransferencialmente se despiertan emociones ambivalentes.
- d) El terapeuta debe establecer límites y dar estructura. En la personalidad adictiva se necesita un superyo auxiliar no punitivo.

- e) El terapeuta debe confrontar en vez de interpretar. El paciente con personalidad adictiva tiende a distorsionar.
- f) El terapeuta debe alentar la asistencia a grupos de autoayuda. En la personalidad adictiva parte importante del tratamiento es su asistencia a grupos de Alcohólicos Anónimos o equivalentes.
- g) El terapeuta debe permitir que ayude a otros. En la personalidad adictiva esto permite un funcionamiento en espejo, beneficioso para la continuación del tratamiento.
- h) El terapeuta debe inquirir, ayudar al paciente a pensar en las consecuencias de sus acciones actuales o intencionadas. En la personalidad adictiva en un principio es difícil que aprendan de su experiencia.

Aunque la psicoterapia individual puede producir mayor conciencia, comprensión y adaptación del individuo, muchos sujetos con problemas de dependencia de alcohol incluidos aquellos que se muestran más dispuestos a cooperar con la psicoterapia intensiva, obtienen considerable mejoría a través de métodos y técnicas que evitan hacer análisis introspectivos de las emociones. Las recuperaciones logradas por alcohólicos Anónimos proporcionan un ejemplo de estos, como también las recuperaciones que tienen lugar a través de experiencias personales de inspiración mística o religiosa.

Terapia de Grupo.- Los factores de curación en una terapia de grupo han sido enumeradas por Yalom (1975). En la terapia de grupo el individuo está en situación de obtener esperanza de los demás miembros del grupo y del terapeuta. El grado de autoestima y confianza en sí mismo puede mejorar considerablemente recurriendo a la asistencia que los demás le ofrecen. Así, los sentimientos, ideas y problemas pueden ventilarse de modo catártico. El grupo proporciona consejo e información y también respaldo, aceptación y aprobación a sus miembros. Ciertas experiencias que se relacionan con el grupo familiar primario pueden volverse a vivir y dramatizarse, pero ahora correctivamente en el seno de la terapia de grupo. Las relaciones interpersonales actuales y la conducta social del individuo se examinan y mejoran correctivamente.

En el caso de grupos alcohólicos, varios de los factores anteriores parecen

particularmente conducentes a efectuar mejoría, el individuo que asiste a tales grupos puede recibir aliento y esperanza a través del contacto personal con otros alcohólicos que están en vías de recuperación y rehabilitación. El alivio de los sentimientos de culpa, las oportunidades altruistas e intercambio de información sobre las formas de conservarse sobrio y los peligros en los que es factible caer, son recursos que la terapia de grupo abre a los participantes. Además, es de esperarse que los sujetos alcohólicos estén mejor capacitados que nadie para ver a través de las evasiones de los demás miembros del grupo en lo que respecta a sus actitudes frente al alcohol y están por lo tanto, en excelentes condiciones de criticar con afán constructivo.

La duración y la profundidad de la terapia depende del marco teórico y el entrenamiento del terapeuta conductor del grupo, de los recursos emocionales e intelectuales de los miembros alcohólicos del grupo, así como de las connotaciones culturales y de la aceptación de la terapia. Existe una extensa variedad de metodología de grupo a que se puede recurrir para orientar a las personas con problemas de dependencia al alcohol. Sin embargo, aunque se han visto resultados satisfactorios aún resulta difícil demostrar que la terapia de grupo resulte ser totalmente beneficiosa para aliviar el problema del alcoholismo.

Terapia familiar.- Existen dos razones para relacionar a otros miembros de la familia además del que tiene el problema de dependencia al alcohol. En primer lugar es que con frecuencia necesitan ayuda para sí mismos y en segundo lugar, sus patrones de reacción ante el sujeto alcohólico puede bloquear e impedir su recuperación.

Por lo tanto, se puede considerar que el problema del alcoholismo no provoca daños al individuo que consume el alcohol, él no es el único que sufre, hay aproximadamente siete personas a su alrededor, que resultan afectadas.

El problema de adicción trae como consecuencia la codependencia, es decir, personas afectadas indirectamente por la enfermedad. El codependiente es aquella persona cuya atención, interés, energía y en general, su vida, gira alrededor de un alcohólico en forma enfermiza. El sufrimiento del codependiente se manifiesta emocionalmente a través de miedos, tristezas, odio, coraje, resentimiento e inseguridad.

A la familia en donde se encuentra un elemento con la enfermedad del alcoholismo se le llama "familia adicta". Esta "familia adicta" parece funcionar óptimamente cuando algunos de sus miembros se encuentra enfermo, de esta forma, el sistema familiar establece un estilo de vida que permite que la enfermedad continúe. Además, el conyuge del alcohólico a menudo obtiene ganancias secundarias al compartir su vida con él, al adjudicarse el papel de mártir. En cuanto al marido de la mujer alcohólica, éste necesita a una pareja no productiva, no pensante, para poder mantener su autoestima en relación al conyuge.

En el alcoholismo crónico hay una retroalimentación. El alcohólico como problema en el núcleo familiar, suscita reacciones del conyuge y de los hijos; cuando el alcohólico trata de salir de esta situación, inconcientemente se le empuja de nuevo al alcoholismo para mantener la cohesión patológica que se ha formado. Si alguno de los miembros se sale del papel, la escena se vuelve caótica. De allí que en ocasiones la psicoterapia individual no obtenga en los pacientes el éxito esperado y el porqué de la necesidad de una terapia integral, de una terapia familiar.

Los familiares cercanos son muy importantes en la terapia del paciente alcohólico, incluirlos puede aumentar su motivación al cambio, disminuir sus sentimientos de soledad que le provoca el alcohol; además en una terapia familiar se pueden observar los conflictos maritales y se favorece la comunicación que seguramente se ha afectado.

Se ha visto que entre más estructurada esté la familia, los resultados de la terapia serán mejores; lo básico es que exista en los miembros de la familia el deseo de cambio de actitud y de conducta interpersonal. Los miembros de la familia deben asistir voluntariamente y centrarse en las interacciones familiares de aquí y ahora para poder modificar la relación entre ellos aunque piensen diferente.

Por lo anterior, se considera de suma importancia trabajar con la familia, en particular si el paciente sigue rechazando la idea de dejar de tomar. Los familiares, especialmente la esposa, pueden beneficiarse de las sesiones, sobre todo con el conocimiento de lo que es el alcoholismo y su pronóstico.

Asimismo, se puede ayudar a los familiares a trabajar con sus sentimientos de

culpa e ideas inadecuadas relacionadas con el alcoholismo y se puede ayudar a la esposa a tomar una decisión acerca de continuar o no con la relación matrimonial.

Alcohólicos Anónimos.- Una de las alternativas que otorga mayores beneficios a las personas con personalidad adictiva es Alcohólicos Anónimos (AA) , una sociedad de autoayuda que funciona como una forma de psicoterapia de grupo libre, en donde cada uno de los participantes expone sus experiencias con respecto a su uso y abuso del alcohol. Muchos miembros de esta asociación no entienden porque AA tiene tanto éxito con ellos y sólo saben que sí es cierto que acostumbraban a beber con exceso, ahora ya no sienten más ese impulso irracional por la bebida.

El enunciado que este grupo manifiesta para presentarse es el siguiente: "Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo".

"El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad".

Los miembros de A.A. tiene como objetivo seguir un programa mental de doce puntos. "Los Doce Pasos", como los llaman, son los siguientes:

- 1.-Admitimos que eramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.-Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- 4.- Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.

- 6.- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de caracter.
- 7.- Humildemente le pedimos que nos libere de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9.- Reparamos directamente a cuantos nos fué posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para nosotros.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11.- Buscamos a través de la oración y la meditación nuestro contacto conciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- 12.- Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Las reuniones de los grupos se centran en los hábitos de beber de los miembros y en distintos métodos prácticos para promover la abstinencia al alcohol. El grupo sigue lo que llaman "el plan de las 24 horas", con esto se aseguran de conservarse sobrios ese día, sólo durante veinticuatro horas y si llegan a sentir deseo de beber, lo posponer para el día siguiente. También tiene lugar en sus sesiones, cierta discusión a nivel superficial, de otros problemas emocionales y personales. No existen ritos formales de iniciación y los sujetos son libres de entrar y salir del grupo cuando lo deseen.

Una reunión de un grupo de A.A. puede describirse como un grupo psicoterapéutico abierto, sin que haya ningún líder oficial o guía entrenado. El grupo se compone de miembros que se autoseleccionan y que comparten la misma jerarquía. La organización funciona mejor con individuos preparados y capaces de comprometerse consigo mismo para tratar de cambiar.

Los principios y la práctica de A.A. parecen guiados por el sentido común de tener mucho a su favor. Los alcohólicos dependientes que recurren a esta organización sienten que se benefician al hacerlo, de otro modo no continuarían asistiendo regularmente a las sesiones. Algunos participan en

exceso en la organización, pero tal dedicación es preferible a que sigan bebiendo, cambian el alcohol por su asistencia al grupo; sin embargo existen otros alcohólicos que les llega a disgustar la organización, no se comprometen con ésta y en ocasiones hasta la angustia y el temor de beber, aumenta al escuchar las historias de los integrantes.

Tratamiento del paciente alcohólico dentro del hospital.- El tratamiento especializado de un paciente alcohólico puede llevarse a cabo tanto en un hospital psiquiátrico como en un hospital general.

Nace (1987), menciona diferentes razones por las que se debe considerar necesaria la hospitalización del alcohólico. Estas condiciones justifican el manejo de la unidad médica o psiquiátrica, para que una vez lograda la estabilidad del bebedor dependiente, pueda integrarse al programa de pacientes alcohólicos hospitalizados.

Las condiciones que el autor propone, son las siguientes:

- 1.-Un agudo síndrome de abstinencia, con alucinaciones o confusión.
- 2.-Presencia de delirium tremens.
- 3.-Historia de recientes convulsiones o dificultad para controlar convulsiones.
- 4.-Reacción al uso de disulfiram-alcohol, con hipertemia, arritmia o hipotensión.
- 5.-Fluctuaciones prolongadas en el nivel de conciencia.
- 6.-Depresión con ideas suicidas.
- 7.-Un traumatismo grave en la cabeza, cuello o abdomen que requieran de observación.
- 8.-Una enfermedad infecciosa mal tratada o que tienda a agravarse con la ingestión de alcohol.
- 9.-Fiebres (38°C) sin conocimiento de lo que la causa o hipotermia (35°C)
- 10.-Diabetes mellitus o cualquier problema de metabolismo fuera de control.
- 11.-Hepatitis o pancreatitis que tiende a agravarse si se continúa utilizando el alcohol.
- 12.-Vómito excesivo y deshidratación.
- 13.-Presencia de una fuerte anemia.
- 14.-Incapacidad para iniciar un tratamiento fuera del hospital por su dificultad para dejar de beber.

Además de las razones médicas y psiquiátricas antes descritas, existen otros motivos para internar al paciente alcohólico y de esta forma facilitar su tratamiento:

- 1.-"El síndrome de la "Puerta Giratoria", en el cual hay muchas hospitalizaciones, funcionamiento limitado de la persona, y poca conciencia de las graves consecuencias del excesivo uso de alcohol. Si existe la conciencia de la gravedad de su alcoholismo, hay incapacidad para trasladar ese conocimiento a la acción para que le ayude a evitar la recurrencia.
- 2.-Frecuentes conductas impulsivas, fuera de control, que amenazan la seguridad de la familia del paciente y de si mismo.
- 3.-Repetidas disrupciones o crisis en su medio ambiente.
- 4.-Varios tratamientos anteriores sin resultados positivos; inhabilidad para establecer una alianza terapéutica; inhabilidad para tolerar la tensión que provoca un tratamiento sin presentar serias conductas impulsivas.
- 5.-Bajo rendimiento en el trabajo o en la escuela, cuando hay evidencia de que el paciente posee capacidades elevadas para aumentar su aprovechamiento.
- 6.-Ausencia de un lugar de tratamiento accesible a su domicilio.
- 7.-Persistencia de enfermedades físicas y psiquiátricas, debido a que no se suspende el uso de las bebidas alcohólicas.

La hospitalización facilita, en este sentido, estructurar un programa terapéutico focalizado específicamente hacia la dependencia o a el abuso de alcohol. Existen varias razones por las que es importante que las mujeres y hombres alcohólicos, reciban tratamiento dentro del hospital. La primera poderosa razón es la protección y el apoyo que reciben para que no continúen utilizando bebidas alcohólicas, ya que cualquier tratamiento pierde su efectividad si no se suspende la ingesta de alcohol.

La segunda razón es que estando el paciente alcohólico dentro del hospital, se aleja por un tiempo de sus responsabilidades y de su vida cotidiana que le produce tensión, y de esta forma su mente solamente estará atenta a su problema con el alcohol. Los problemas de la vida diaria que lo llevan a tomar quedan eliminados con la hospitalización.

Tercera, el tratamiento hospitalario proporciona una mayor concentración y con ello una vivencia más extensa de las experiencias que se llevan a cabo

dentro de éste. Esta intensidad con que se vive el tratamiento permite comprender el concepto de alcoholismo como una enfermedad, lo cual es más difícil que suceda si el tratamiento se lleva a cabo en consulta externa.

Por último, el tratamiento hospitalario proporciona las condiciones necesarias para fortalecer el ego. El paciente alcohólico es regresivo. Funciona con limitado control de impulsos y una disminuida capacidad para el autocuidado. El ambiente hospitalario proporciona un ego auxiliar. El paciente alcohólico necesita de ese control externo que proporciona la hospitalización, hasta que la internalización del proceso de autocuidado sea completado. Un buen funcionamiento del programa hospitalario puede proporcionar al bebedor dependiente consistencia, puede infundirle sentido de responsabilidad, modificar su impulsividad, desalentar la pasividad, habilidad para obtener gratificaciones sin necesidad de tomar, así como proporcionar un adecuado modelo que favorezca las conductas de autocuidado.

A continuación se describe los componentes de un programa hospitalario óptimo(Nace, (1987):

El personal.- Lo fundamental en cualquier programa es la motivación de la gente que trabaja en él. El personal que forma parte del equipo del tratamiento de alcohólico está allí porque lo desea, no por una obligación más dentro de sus actividades laborales. Es importante que parte del personal esté compuesto por alcohólicos rehabilitados, mínimo dos años atrás, para que los pacientes se sientan comprendidos y a la vez el personal rehabilitado comprenda a los pacientes al haber estado, ellos por un tiempo, en su situación. Sin embargo un programa efectivo no solo se compone de personal rehabilitado sino que también incluye personas no alcohólicas. Es necesario un balance para proporcionar resultados óptimos, de preferencia uno a uno o un alcohólico rehabilitado por dos no alcohólicos.

Personas que tienen la experiencia de haber vivido con un alcohólico dentro de su familia resultan ser de bastante utilidad dentro del programa hospitalario, siempre y cuando actualmente ya no vivan con ellos o estén rehabilitados, ya que de otra forma, sus vivencias desagradables actuales pueden afectar su objetividad y llegar a reaccionar frente al paciente con los sentimientos que existen hacia su familiar.

El personal del programa hospitalario está compuesto por: el director del programa, consejeros, enfermeras, trabajadoras sociales, terapistas, psicólogos y psiquiatras.

Componentes del programa.- Los componentes principales del programa hospitalario para alcohólicos son los siguientes:

1.-Evaluación médica completa.- Cada paciente es examinado y evaluado físicamente antes de internarlo para introducirlo al programa. Se le evalúa tanto física como emocionalmente y se incluye en su historia clínica todos sus problemas físicos, emocionales y sociales. También se anexa la información que proporciona el familiar que lo acompaña a internarse. Se realizan estudios de laboratorio, estudios de rayos x.

2.- Desintoxicación.- La desintoxicación es la fase inicial del tratamiento. Medicamentos que esté tomando y que resulten innecesarios (por ejemplo, antidepresivos, ansiolíticos), también deberán suspenderse.

3.-Orientación.- A cada paciente se le explica cual es el funcionamiento del programa, se le muestra el hospital, se le presenta a los cuidadores así como se le da a conocer sus derechos y responsabilidades. Esto lo lleva a cabo una enfermera tan pronto como ingresa el paciente al hospital. El paciente recibe preocedimiento, horarios y reglas por escrito.

4.- Presentación de la comunidad terapeútica.- Cada paciente que ingresa se presenta el primer día por la mañana ante el personal y todos los pacientes que integran el programa.

5.-Consejero individual.- A cada paciente en el momento en que ingresa se le asigna un consejero individual, quien es miembro del personal.

6.-Psicoterapia de grupo.-En estas terapias de grupo el individuo expresa sus sentimientos hacia su conducta de abuso de alcohol. Personal con experiencia lleva el grupo y su labor es hacer comprender a cada paciente que el alcoholismo es una enfermedad.

7.- Programa educacional.- Cada paciente participa en un programa educacional el cual incluye lecturas, proyecciones y discusión en grupo sobre material relacionado con el alcoholismo y los problemas que ocasiona.

8.- Actividades terapéuticas.-Cada paciente es designado a un taller, el cual lo llevan a cabo las terapistas activas con el objeto de favorecer actividades constructivas que reemplacen al uso del alcohol.

9.-Alcohólicos Anónimos.-Cada paciente forma parte de un grupo de A.A. dentro del hospital. El propósito es tener un mayor entendimiento de lo que es el alcoholismo y lo que es el grupo de A.A.

10.-Servicios de dietista.- Cuando se requiere al paciente se le asigna una dieta, de acuerdo a sus necesidades.

11.-Trabajo social.- A cada paciente y a su familiar se le asigna una trabajadora social. Esta se encargará de regular las visitas y del aspecto financiero.

12.- Programa familiar.- El principal motivo de este programa es educacional.

13.- Excursiones de fin de semana.- A partir de que el paciente cumple dos semanas de estar hospitalizado puede asistir a las excursiones los fines de semana. La primera semana la excursión tiene una duración de seis horas y posteriormente se va aumentando hasta ocho o diez horas, si el paciente tolera la experiencia.

Nace (1987) considera que llevando a cabo este programa dentro del hospital con un buen personal y un gran compromiso, éste será el tratamiento más eficaz para el alcohólico. Este programa tiene una duración aproximada de 28 días pero el tiempo de duración depende de las características del paciente, de sus funciones cognitivas, de la presencia de otros problemas psiquiátricos además del alcoholismo, de la complejidad de su familia y de su medio social así como el reconocimiento que haga de que el alcoholismo es una enfermedad.

La importancia del tratamiento del alcoholismo dentro del hospital ya se ha enfatizado pero éste no se puede considerar concluyente sino se complementan con los servicios que también se otorgan fuera del hospital.

Tratamiento fuera del hospital.- El tratamiento fuera del hospital es una buena opción para algunos alcohólicos. La buena voluntad del paciente para participar en un tratamiento de este tipo y su capacidad para financiarlo son dos factores importantes que influyen la decisión.

Los siguientes aspectos sugieren el por qué el tratamiento fuera del hospital puede ser una opción viable:

1.- Motivación para el tratamiento.- Si el paciente está altamente motivado para llevar a cabo todo el régimen del tratamiento, éste puede ser exitoso.

2.-Habilidad para dejar de beber. - Algunos alcohólicos son capaces de detener la ingesta de alcohol sin necesidad de hospitalización. Cuando esto es posible, el tratamiento fuera del hospital puede ser recomendado. En el curso del tratamiento avanzará, tendrá esperanza, se comprometerá a la abstinencia, comprenderá y aceptará su enfermedad y la utilización de un sistema de soporte como A.A. Cuando dejar de beber no es posible, el tratamiento hospitalario es el recomendado.

3.-Apoyo social.- Si el paciente tiene familia -esposa, parientes, hijos- que le ofrezcan soporte y aliento y valoren los esfuerzos que hace para beneficiarse del tratamiento, este tipo de tratamiento fuera del hospital puede ser factible. Si el paciente vive solo o vive con familiares a quienes les es indiferente si toma o deja de tomar, el tratamiento fuera del hospital le puede traer beneficios mínimos.

4.-Empleo.- Si el paciente alcohólico es capaz de permanecer empleado y el alcoholismo no interfiere con su rendimiento en el trabajo, es razonable considerar un tratamiento fuera del hospital. Sin embargo, algunos alcohólicos prefieren la hospitalización porque sus compañeros de trabajo son los que lo invitan a tomar continuamente.

5.-Condiciones médicas.-En las condiciones médicas del paciente son valoradas tres condiciones: a)la severidad de los síntomas de abstinencia, b) la presencia de complicaciones médicas secundarias (hepatitis, cirrosis); y c)la presencia de otras condiciones médicas (diabetes, enfermedad de corazón, etc.). Si el paciente presenta episodios de síndrome de abstinencia, alucinaciones, delirium tremens u otros acentuados síntomas de abstinencia, la hospitalización es recomendada acompañada de la desintoxicación. De la misma forma, si el paciente no respeta los lineamientos del régimen de desintoxicación fuera del hospital, el tratamiento hospitalario debe ser utilizado.

6.- Ausencia de desórdenes psiquiátricos.- La presencia de severos desordenes de la personalidad (ejemplo, borderline o antisocial), depresión mayor, condiciones psicóticas o desórdenes de ansiedad severa, indican la necesidad de un tratamiento dentro del hospital. Si el paciente tiene tendencias suicidas, el tratamiento fuera del hospital está contraindicado. Historia de poco control de impulsos, peleas, el tomar bebida junto con el disulfiram y abandono

de tratamientos previos, pueden ser también factores indicativos de la necesidad de que lleve el tratamiento, internado en un hospital.

7.-Experiencias de tratamientos previos.- Si un paciente se encuentra en etapas tempranas del alcoholismo y nunca solicitó antes un tratamiento, probar el tratarse fuera de un hospital puede considerarse adecuado siempre que no existan contraindicaciones.

En conclusión, el tratamiento fuera del hospital puede ser adecuado para pacientes en etapas tempranas de alcoholismo y libres de desórdenes médicos o psiquiátricos. Otro de los factores que influyen para decidir si un paciente puede ser tratado fuera del hospital es la motivación para asistir al lugar, tener un empleo y responsabilidad de éste, el apoyo de la familia y de personas que lo rodean y habilidad para discontinuar el uso de alcohol y cualquier tipo de droga. Sin embargo, con todo y estas condiciones, algunos pacientes alcohólicos requieren de hospitalización para superar adecuadamente su problema de alcoholismo.

A continuación se describe un óptimo programa del tratamiento del paciente externo alcohólico.

Duración.- Se sugiere mínimo un año de consulta externa, no importando si antes el paciente ya estuvo o no en un tratamiento internado en el hospital. Algunos programas sugieren dos años pero pocos son los pacientes que logran concluirlo, generalmente antes de ese tiempo se involucran en un grupo de autoayuda como A.A.

Un programa específicamente elaborado para pacientes externos incluye tres fases:

Fase1.- Evaluación.-Esta fase consiste en una entrevista que lleva a cabo el psiquiatra con el paciente alcohólico en donde se revisa su historia, su estado mental y se diagnostica con un desorden únicamente de abuso de sustancias o además con cualquier otro desorden psiquiátrico. Los miembros de la familia del paciente son entrevistados por una trabajadora social quien hace una valoración del impacto de la adicción en la funcionalidad de la familia y los efectos que la adicción tiene en ésta. Se evalúa también cómo la familia entiende el problema y su capacidad de ser un soporte para el paciente. La posibilidad de que existan desórdenes psiquiátricos en algún miembro de la

familia es parte de la valoración que se lleva a cabo. Se les explica la necesidad de que los miembros de la familia reciban ayuda y se trata de integrarlos a un grupo de autoayuda para familiares de personas alcohólicas, como es Al-Anon. Finalmente un consejero evalúa la comprensión que el paciente tiene de su necesidad de recibir tratamiento. Se le da una detallada explicación del programa y se exploran sus actitudes hacia A.A.

Después de estas tres intervenciones (psiquiatra, trabajadora social y consejero), se discute tanto con el paciente como con sus familiares las experiencias que han tenido con esta enfermedad y de acuerdo a esto toman una decisión si lo que el paciente requiere es una hospitalización para su tratamiento o consulta externa. Si el paciente es considerado como candidato para consulta externa, antes de pasar a la segunda fase se lleva a cabo un examen físico.

Fase 2.- Programa vespertino.-Esta fase comprende seis semanas intensivas de un programa psicoeducativo, combinado con terapias de grupo e individuales. En esta parte del tratamiento se incluye un co-participante con cada uno de los paciente, generalmente es la esposa, pariente, hijo pero también puede ser un amigo. El paciente y su participante, asisten cuatro horas por la tarde, tres veces por semana, más dos horas el sábado por la mañana. El contenido del programa es similar al que se expuso en los pacientes hospitalizados: películas, lecturas y discusión de folletos que hablen sobre abuso de sustancias dañinas. Durante parte de cada tarde, tanto el paciente como sus familiares tienen la opción de asistir separadamente a un grupo que a cada uno se le asigna, se cuestiona o se expresa todo lo relacionado con el problema de alcoholismo, lo relacionado con su familia y con ellos mismos. Una parte vital del programa es la hora de la cena; esta informal reunión con pacientes, familiares y personal, proporciona camaradería y participación de intereses comunes.

En algunos programas, los participantes asisten cuatro o cinco veces por semana pero esta frecuencia puede resultar exhaustiva, sobre todo para los familiares de los pacientes. Un programa con el horario antes descrito (4 horas, 3 veces por semana) por un tiempo de 4 a 8 semanas, es el que usualmente se utiliza, sin embargo 6 semanas se considera lo óptimo.

Fase 3.- Grupos de recuperación.-Una vez que se cumplió con la fase 2, los pacientes participan cada fin de semana en sesiones de terapia de grupo ("grupos de recuperación"), en los siguientes 12 meses. Este grupo manejará cualquier tendencia a negar el alcoholismo, hará énfasis en la necesidad de continuar sin tomar, en el reconocimiento de sentimientos y salir adelante con afectos apropiados y sin necesidad de consumir el alcohol. Los miembros de la familia también continúan con sus terapias de grupo, además de su asistencia a Al-Anon y el paciente alcohólico a A.A. (Nace, 1997).

Existen diversas formas de abordar terapéuticamente el problema de alcoholismo y seguramente hay un tratamiento exitoso para la rehabilitación de cada uno de los pacientes con trastornos de personalidad adictiva, lo importante es encontrar la manera más adecuada de adaptar en forma individual y de acuerdo a las características de personalidad de cada paciente alcohólico, la técnica terapéutica idónea.

El peligro de la escritura

Sócrates.— ...saber si es conveniente o inconveniente escribir [...] es una cuestión que nos queda. ¿no es verdad? [...] He oído contar que en Egipto, en Naucratis, vivió una de las antiguas divinidades de allá, cuyo emblema sagrado es el ave que llaman ibis, y el nombre del dios era Teuth. Este fue el que descubrió la ciencia del número con el cálculo, la geometría y también el chaquete y los dados, y en fin, la escritura [...] Pero el Rey le replicó: [...] En tu calidad de padre de los caracteres de la escritura, les has atribuido todo lo contrario de sus verdaderos efectos. Pues este conocimiento tendrá como resultado, en quienes lo adquieran, hacer sus almas olvidadizas, porque dejarán de ejercitar la memoria: ya que, poniendo su confianza en lo escrito, recordarán las cosas desde fuera, gracias a huellas de otros, y no desde dentro y gracias a ellos mismos [...]

PLATÓN (*Fedro*)

3.-LA COMUNICACION ESCRITA COMO MEDIO DE PSICOTERAPIA

3.1.- LA COMUNICACION ESCRITA Y SU UTILIDAD

Plasmar las experiencias, el sufrimiento, el sentir, por medio de la actividad creadora facilita la evasión y la disminución de sentimientos negativos, al expresar lo que se siente vagamente y que no puede ser representado con fidelidad sin el contacto con la realidad y con el mundo que lo rodea (Mondrian, 1937).

El arte llega a ser utilizado en algunos artistas para mitigar dolor; Frida Kahlo, pintora surrealista mexicana menciona en su autobiografía: "pinto mi propia realidad, pinto porque necesito pintar" y plasmaba sus sufrimientos en un gran número de autorretratos terriblemente reveladores. En uno de ellos se pinta a sí misma llorando de dolor al que representa como unos clavos lacerantes (figura 1). Pintó como una columna rota su espina dorsal aplastada, a la que culpaba de su desgracia. Pero en otra de sus obras (figura 2) que la muestra en una bañera con los pies fuera del agua, se exhibe con las heridas entre los dedos que son lesiones típicas causadas por su defecto congénito, la espina bifida, probablemente la causa principal de sus constantes sufrimientos (Sandblom, 1992). De esta forma, Sandblom considera que Frida es un ejemplo impresionante del hecho de que una enfermedad grave ejerce una influencia determinante en la vida de quien la padece y de su actividad creadora.

"Pinto por que necesito pintar", explica Frida al plasmar su sufrimiento y al crear lograba por el momento evadir su padecer, al grado que el pintar llegó a convertirse en una necesidad, en un refugio, en un intento de olvido.

La pintura, la música, la escultura, la escritura, ayudan de cierta forma, a expresar de manera más fácil los sufrimientos tormentosos. Por tal motivo, se ha llegado a alentar a algunos pacientes tuberculosos a que usen la pintura como terapia ocupacional (A. Böcklin, 1970) y se descubrió que a través de sus pinturas se podía seguir el curso de su enfermedad.

En los campos de la composición narrativa, dramática, ficticia o poética, el escritor se halla en posesión del medio de las palabras, mediante el cual, inconscientemente puede reflejar sus más profundas emociones y cuanto más libremente permita a su pluma seguir sus fantasías, mejor revelará en sus



FIGURA 1



FIGURA 2

creaciones literarias aquello que a menudo se ha tomado tanto trabajo en ocultar.

El escribir, el plasmar las ideas, los pensamientos, las fantasías, los deseos, los temores, en una hoja de papel por medio de pluma y tinta o por medio de la mecanografía, es un vehículo que facilita la evasión y la reducción de tensión. A este respecto Flaubert (1846) pensaba que : "la única manera de vivir aceptablemente es ahogándose en la literatura como si se tratara de una interminable orgía".

El término evasión proyecta amplios matices: cura, catarsis, asilo, refugio, olvido, enajenación, alejamiento de la realidad, sustituto o compensación, aturdimiento; cada uno de ellos particularmente y todos en general resultan valederos en su circunstancia.(Castagnino, 1974)

Cuando Aristóteles habla de la catarsis como uno de los efectos expurgatorios de la tragedia, abre rumbo a una terapia que operará con la obra literaria para expulsar del espíritu las sobrecargas acumuladas. Se escribe, se proyecta el sentir y se logra con ello disminuir la saturación de tensiones y angustia existenciales.

Goethe, refiriéndose a su obra literaria *Wether*, declara en sus memoria (Goethe,W.,1945): "Con esta composición, más que con ninguna otra, me había liberado de aquel estado tempestuoso y apasionado al que había sido arrastrado violentamente por culpas propias y ajenas...escrita la obra me sentí aliviado y gozoso, como tras una confesión general y dispuesto a emprender otra vida. El viejo remedio me había sentado esta vez perfectamente".

Castagnino (1974), menciona otro caso semejante de documentada terapéutica literaria que opera catárticamente, lo proporciona Virginia Woolf, quien a través de las páginas de *A Writer's Diary* deja entender que obsesionada por el recuerdo de un padre arbitrario, el filósofo Leslie Stechen, insensible a los sentimientos de quienes estaban cerca de él, se desprende de esta fijación trasladándola a las páginas de su novela *To The Lighthouse* y encarnándolo en la figura del señor Ramsay. Después de tal desahogo puede pensar en el padre un poco como un contemporáneo y hasta se promete releer sus escritos filosóficos. La creación novelística la libera, expurgando su obsesión.

Ya en Aristóteles se entrevé que la catarsis no solo promueve expurgación sino que también proporciona efectos de apaciguamiento, de sosiego, de quietud espiritual.

Charles Du Bos es otro escritor que advierte la virtud sedante y curativa de la literatura, dice: " Quién de nosotros no ha conocido esas horas en que la temperatura anímica baja, cae a cero, en el que la vida no nos da más nada porque nada tenemos que dar...en tales horas es preciso recurrir a la literatura, receptáculo de vida esencial e invulnerable y recalentarnos al contacto de su inextinguible hogar".

Gustavo Flaubert a lo largo de su nutrida correspondencia (Flaubert, 1947), se hallan consideraciones al respecto de entender la literatura como escape. En una carta de septiembre de 1895 dirigida a Alfred Le Poitteur manifiesta: "...escribe, escribe tanto como puedas, tanto como tu musa te arrebate. Este es el mejor corcel, la mejor carroza para escapar de la vida. La literatura da oportunidad de escape, es una envoltura que puede aislarnos de las circunstancias oprimentes."

Con estos ejemplos podemos asegurar que la escritura opera como un asilo, como un refugio en el cual es posible cobijarse, huyendo de la realidad circundante y por lo tanto como una cura al dolor interno.

Algunos psicoanalistas dan a entender que hasta el dolor físico en ciertos problemas neuróticos, tendrían paliativo con la literatura (Castagnino, 1974).

¿Por qué escribir, cuál es el motivo que lleva a una persona a escribir? Para Sartre(1951) existen particulares razones para hacerlo: evasión, sinfronismo, ansia de gloria. Pero, ¿por qué evadirse?; las causas pueden ser múltiples: se evade porque la realidad cotidiana resulta hostil, se evade para reducir las frustraciones, se evade para evitar realizar lo no deseado, se evade para no enfrentar responsabilidades, se evade por el medio de que circunda.

También se escribe para ser leído, para otro, quizá para que sus revelaciones sean comprendidas. Sartre dice que escribir es a la vez revelar el mundo y proponerlo como una tarea a la generosidad del lector.

Asimismo la razón de escribir puede ser entendida como el intento de revelar el interior conflictivo de una persona, revelárselo a otro al escribirlo en un momento crítico, en un momento de mayor tensión, en el momento que la

escritura puede ocupar el lugar de un acto desagradable, se puede escribir para mitigar el dolor y el deseo de autodestrucción.

Si el autor de la escritura tiene el compromiso de revelar, debe indagar de antemano para quién se escribe. (Castagnino, 1974) En relación a ello, es importante el conocimiento del destinatario de la escritura, tal revelación interna debe ser recibida con conocimiento, responsabilidad y comprensión.

De esta forma, la escritura es una forma de comunicación en donde al realizarse hay la seguridad de la existencia física de la otra u otras personas que recibirán el mensaje y lo decodificarán.

Sin embargo, aunque resulta de importancia la existencia del destinatario para obtener retroalimentación, no siempre se escribe para otro sino que también se escribe simplemente para si mismo, para descargar dolor, tristeza o alegrías. Es probable que a cualquier edad el escribir para uno mismo otorgue beneficios pero es precisamente en la adolescencia en donde dadas sus características de la etapa por la que atraviesan, las vivencias internas se vuelven excesivas para su manejo y por lo cual con dificultad logran manifestar al exterior tal y como se conciben, es por ello que requieren de volcarlas sobre una hoja de papel, escribir en un diario sus sentimientos más íntimos, sus temores, sus quejas, sus culpas, sus alegrías que quizá nadie pueda entender y por ello tienen que dirigirse a un acompañante seguro y permisivo. Freud (1915), en una carta dirigida a la doctora Hermine Von Hug-Hellmuth, considera el diario de una adolescente como una joya:

"Este diario íntimo es una pequeña joya. Realmente creo que jamás ha sido posible escrutar con tal claridad y verismo las conmociones psíquicas en los años de la pubertad. Cómo surgen del egoísmo infantil los sentimientos hasta que llegan a su madurez social; cómo son al principio las relaciones con los padres y los hermanos, hasta ganar paulatinamente en gravedad e intimidad; cómo se inician y quiebran las amistades; cómo surge el misterio de la vida sexual, primero nebulosamente esfumado, para apoderarse luego de toda el alma infantil; cómo sufre el joven bajo la consciencia de su secreto saber, para sobreponerse poco a poco; todo eso logra expresión tan encantadora, tan natural y tan seria en estas anotaciones espontáneas, que ha de inspirar mayor interés a pedagogos y psicólogos "(Freud, 1915).

No obstante que se considera de suma importancia escribir para si mismo, cuando la escritura tiene un lector, cuando el escribir encierra una demanda dirigida hacia un escucha, la función de la escritura es aun más trascendente para quien la realiza, porque incluye la esperanza de la devolución, de la retroalimentación, del alivio del malestar, de la cura.

El escribir sin límite, asociando libremente, implica catarsis y en este sentido se equipara a la asociación libre del discurso en una psicoterapia. Hablar para un escucha, escribir para un lector, elementos indispensable para el alivio, para la reducción del malestar interno del paciente que sufre.

3.2.- LA UTILIDAD DE LA ESCRITURA EN LA PSICOTERAPIA

Utilizar la comunicación escrita en la psicoterapia se remite desde el tiempo de Freud ya que la técnica original, inicial para el psicoanálisis ha sido la escritura más que el lenguaje hablado. Como lo menciona Foladori en su artículo Psicoanálisis por Carta (1988), es sabido que Freud era un gran escritor, jamás finalizaba las tareas de un día sin haber contestado todas las cartas recibidas. De toda la extensa correspondencia freudiana sobresale una que se ha convertido en fundadora de un acto original: la correspondencia de Fliess. Ya en 1951, al año siguiente de la publicación en alemán de esa correspondencia bajo el título de "Los orígenes del psicoanálisis", Baubaum realiza su primer estudio donde pretende demostrar que dicha correspondencia constituyó el primer psicoanálisis de la historia porque fué posible determinar que los conceptos freudianos de resistencia y transferencia eran claramente visibles a lo largo de la misma.

Existen ejemplos de que la escritura ha estado en uso desde los orígenes del análisis. De los 5 análisis publicados por Freud, el historial de Schreber es una autobiografía y el de Juanito el resultado de las cartas enviadas por el padre del pequeño.

Otra correspondencia que también adquirió resonancia fué la que Freud mantuvo con su discípulo italiano Weiss. En este caso su lectura nos brinda la alternativa de una supervisión por carta.

Muchos pacientes pretenden escribir sus sueños, otros desean escribir en el

momento de mayor tensión lo que les sucede, otros prefieren abandonar el análisis escribiendo una misiva sobre sus motivos. Por ejemplo, una paciente que se encuentra fuera de la ciudad en donde recibe su terapia dice: "Le escribo hoy porque estoy muy sacada de onda, muy confundida y no sé ni que pensar, ni que hacer, no espero que me conteste...para mi es un desahogo escribir pero cuando intento hacerlo para mi (sin un destinatario) simplemente después de escribir una o dos páginas me bloqueo y no puedo continuar"

Dolto rescata nuevamente la importancia de la escritura. Cuando ella mantenía sus programas de radio, solicitaba a los padres interesados en formular consultas, que le escribieran en lugar de que le llamaran por teléfono. Se puede deducir de esta propuesta, una necesidad de síntesis, así como un esfuerzo adicional, incluso muscular, de poner las ideas por escrito (Foladori, 1988).

Aunque algunos pacientes escriben y esto resulta ser un paliativo a su doloroso sentir, el hecho de plasmarlo en el papel y repetir incesantemente acerca de él, puede compararse con los elementos catárticos del procedimiento clínico analítico pero tal autorevelación generalmente no basta para remover permanentemente los conflictos esenciales del que escribe. El material catártico debe ser evaluado por el comentario interpretativo del terapeuta que, a la postre, llama la atención del paciente hacia aquellos motivos inconscientes que revelan sus producciones y hacia los impulsos que está tratando de expresar o de evitar (Hendrik, 1975).

3.3.- LA COMUNICACION ESCRITA Y TERAPIA DEL PACIENTE ALCOHOLICO.

El alcohol es utilizado por muchas personas como un escape, como una evasión a las duras y amargas exigencias de las necesidades cotidianas. También consideran algunas autores que el alcohol puede ser útil porque al ser utilizado como desinhibidor, puede favorecer la creatividad.

Shaffer, Chambers y Halloweel (1991), realizaron un estudio en relación al efecto que causa sobre el talento, utilizar sustancias tóxicas. Esta investigación

se llevó a cabo con 22 escritores, 27 artistas, 12 músicos y 25 personas no adictas, que formaron el grupo control. El tema que abordaron principalmente fué la creatividad. Muchos individuos creativos, describen la experiencia inicial con la droga como favorecedora para la creatividad y solo consideran que es a largo plazo como la creatividad se puede ver afectada.

Goodwin (1992) menciona que el ingerir alcohol facilita la escritura y que este no siempre destruye el talento creativo, sino que por el contrario, que especialmente en Estados Unidos, los escritores requieren de la ingesta de alcohol para desarrollar con mayor éxito sus trabajos.

Sandblom (1995) menciona en su libro "Enfermedad y Creación" que los poetas, pintores y compositores emplean el alcohol por la misma razón que las demás personas: para estimular el pensamiento y los sentimientos, para relajar la mente y para eliminar las inhibiciones que impiden vivir plenamente y dar rienda suelta a sus fantasías e imaginación. Comenta también que Thomas Moore está encantado de que:

Si llenas con agua el vaso
No escribirás sabiamente
Pues el vino es el corcel del Parnaso
Que lleva al bardo a las alturas.

También considera que al igual que las demás drogas, el alcohol puede darle a la obra del que lo bebe un carácter singular, hasta esquizofrénico, con excesos verbales o visuales e imágenes fantásticas: "yo lo usé, generalmente junto con la música, como un medio para que mi mente concibiera visiones que el cerebro sobrio, inalterado, no puede concebir" (Styron, 1990). Sandblom cita a Robert Schumann, quien observó que el alcohol que empleaba al igual que la cafeína y el tabaco fuerte, aumentaba e intensificaba las sensaciones auditivas en las que frecuentemente basaba sus composiciones.

La estimulación del poder creador que produce el alcohol se paga muy caro cuando el resplandor se cubre de cenizas. Como todas las sustancias que provocan una excitación nerviosa, el alcohol termina por destruir la actividad de la mente. En muchos autores es claro su deterioro debido al uso frecuente del alcohol. El poder creador de Tennessee Williams se debilitó notablemente, de sus vigorosos dramas originales creados durante sus años maduros en los

gozaba de plena salud, a los débiles y sombríos de sus últimos años, en que su adicción al alcohol lo volvió extravagante y enajenado. También bajo el efecto del vino, Utrillo pintó las más bellas vistas de París. Se cuenta que sus parientes solían dejarlo con una botella de vino y una tela en blanco y al regresar encontraban una botella vacía, un artista ebrio y una bella pintura. A medida que fué progresando su dependencia al alcohol, se debilitaron sus facultades y sus medios de expresión se diluyeron (Sandblom, 19959).

La gente llega a utilizar el alcohol con el objeto de evadir su realidad frustrante, en este sentido es válido equiparar la tendencia a escribir con su función de evasión, hasta el grado de que escribiendo se pueda llegar a perder el contacto con los problemas que lo aquejan.

En el tratamiento del paciente alcohólico lo que resulta de vital importancia es reducir o eliminar totalmente la ingesta de alcohol, sin embargo, esto implicaría quitarles su única forma de enfrentarse a los conflictos de su vida diaria. El escribir lo que en el momento pasa por su mente, el control muscular que implica la escritura, así como el desahogarse plasmando en una hoja de papel lo que sienten y como lo sienten, puede ser utilizado como un sustituto del alcohol que ayude a reducir la tensión que los lleva a tomar.

Sabemos que los pacientes con personalidad adictiva son personas dependientes, entonces ¿por qué no depender de escribir lo que se siente en momentos de suma tensión, antes que inclinarse por una bebida alcohólica?

El presente trabajo intenta demostrar la utilidad de la palabra escrita de un paciente alcohólico, dirigida hacia una persona de la que espera comprensión y entendimiento, para lograr la reducción o eliminación total de la ingesta de alcohol, a tal grado que la escritura se convierta en una necesidad, en una urgencia, tal como fué en su momento el alcohol.

Para lograr este objetivo es importante que para el paciente resulte gratificante el escribir, que encuentre una gran satisfacción y gusto al realizar la escritura. Es probable que se pueda considerar el hecho de traer sus escritos como una resistencia a asociar, el manejo de esta palabra escrita convertida en palabra oral dentro de la terapia, reduce en su totalidad esta interpretación.

II METODOLOGIA DE INVESTIGACION

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El alcoholismo es una enfermedad difícil de superar sin embargo existen diferentes tratamientos que resultan ser exitosos en la rehabilitación del paciente con personalidad adictiva. Entre los diferentes enfoques para abordar el alcoholismo se incluyen la desintoxicación, el tratamiento psiquiátrico, el tratamiento psicológico, la psicoterapia individual, de grupo y de familia, así como grupos de autoayuda.

No obstante el éxito que pueda tener cualquiera de estos enfoques terapéutico con un paciente alcohólico, no todas las personas que ingieren alcohol pueden beneficiarse de la misma forma. Por esta razón resulta de vital importancia analizar las características de personalidad de cada uno de los pacientes dependientes al alcohol y a partir de esto, elegir un modelo terapéutico de acuerdo a éstas.

La dificultad en el tratamiento psicoterapéutico de un paciente alcohólico, con una historia de 9 años de beber en forma constante y cada vez más acentuada, motivó la búsqueda de alternativas terapéuticas con el objeto de reducir en forma inmediata la ingesta de alcohol, ya que después de un año de tratamiento con orientación psicoanalítica, solamente se había logrado reducir la frecuencia de la bebida pero no así, el deseo de beber ni la cantidad con que se bebía.

Tomando en cuenta que el paciente es una persona dependiente, inseguro, con un cúmulo importante de angustia, con gran necesidad de apoyo y de afecto, así como con un pensamiento obsesivo que le exige el control de todos los aspectos cotidianos de la vida, se piensa que el pedirle que escriba lo que siente en el momento en que desee tomar, puede resultar positivo ya que al plasmar en una hoja de papel sus emociones, sus tensiones, sus sentimientos, podrá descargar parte de su angustia, controlar sus ideas al escribirlas y con ello, sentir que continúa teniendo el apoyo del terapeuta. De acuerdo a lo anterior se introduce un nuevo elemento en la psicoterapia: la escritura.

De esta forma, se trata de investigar si el alcohol puede ser sustituido por la escritura, es decir, investigar si la comunicación escrita dirigida al terapeuta en momentos críticos, cuando el paciente siente el deseo incontrolable de beber, puede ser utilizado como un medio eficaz para reducir tensiones y temores, al grado que escribir logre ocupar el lugar del alcohol.

2.-OBJETIVO E HIPOTESIS

El objetivo del presente estudio de caso es conocer si el hecho de que el terapeuta le solicite a un paciente alcohólico que escriba lo que siente en el momento en que se le presente el deseo incontrolable de beber, para posteriormente analizar estos escritos durante las sesiones, provoca que el alcohólico deje de beber, es decir, que logre depositar en la palabra escrita dirigida al terapeuta, sus ansias incontrolables de beber.

Considerando que el escribir, el plasmar las ideas, los pensamientos, las fantasías, los deseos, los temores, en una hoja de papel, es un vehículo que facilita la evasión y la reducción de tensión, al igual que el alcohol, que llega a ser utilizado como la búsqueda de la libertad de la angustia, la *Hipótesis* propuesta del presente trabajo, es la siguiente: *si* a un paciente alcohólico el terapeuta le pide que escriba lo que siente (sentimientos, emociones, tensiones, temores) en el momento en que se presente el deseo incontrolable de beber, para posteriormente analizar en las sesiones estos escritos, *entonces* el paciente alcohólico sustituirá la bebida por la escritura y dejara de tomar.

3.-VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Los escritos elaborados por el paciente

VARIABLE DEPENDIENTE: El consumo de alcohol.

4.- SUJETOS

Un paciente alcohólico (Roberto)

Edad: actualmente 30 años

Escolaridad: 4to. semestre de Ingeniería. UNAM

5.- MOTIVO DE CONSULTA Y EVOLUCION DEL PROBLEMA:

Roberto, paciente alcohólico de 25 años, sumamente aprensivo angustiado e inseguro, con severos problemas para relacionarse con la gente, acude por primera vez al departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM en enero de 1992, acompañado de sus padres, debido a que se encontraba convaleciente después de haber salido del hospital, al cual fué internado con el fin de desintoxicarlo, ya que durante 15 días consecutivos, había consumido grandes cantidades de alcohol. Como motivo de consulta reporta un deseo intenso de dejar de tomar así como aprender a manejar su angustia ante situaciones de la vida diaria; agrega que lleva una semana sin tomar y que su propósito es dejar la bebida totalmente. En los períodos en los que pasa semanas tomando hasta requerir hospitalización, acude con un médico general y es él quien lo interna para desintoxicarlo, le pone suero y le receta medicamentos para dormir y tranquilizarse. También asiste cada ocho días con una persona que le hace

"limpias" y le proporcionó un amuleto que tiene la función de alejarlo de la bebida si lo trae siempre consigo.

Aunque tiene tres meses asistiendo a Alcohólicos Anónimos (A. A.), comenta que tiene temor de continuar en el grupo debido a que las experiencias proporcionadas por los miembros que lo integran, favorecen su angustia y que además el escuchar la forma en que otros consiguen dinero para comprar la botella, no importando robar o hasta matar, le provocan el sentir que él puede llegar a utilizar dichos procedimientos. Dadas las circunstancias de que a pesar de sus deseos de dejar de beber y sus intentos de lograrlo a través de diferentes medios, han fracasado, decide recurrir al Departamento Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental.

Roberto ocupa el segundo lugar de una familia integrada por los padres y 5 hermanos varones. Tanto el padre como la madre se dedican al comercio y los hermanos son los encargados de los labores del hogar, sin embargo, Roberto es el que más se preocupa por la limpieza de la casa y el cuidado de los hermanos menores.

La madre es una figura fuerte, que representa la autoridad y que la ejerce con actitudes que a Roberto le parecen masculinas. El padre es una figura débil, lejana, que presenta también un problema de alcoholismo.

Roberto reporta que a partir del primer año de vocacional (a los 16 años) empieza a tomar en forma moderada y sin que sus estudios se vean afectados, sin embargo, cuando entra a la profesional, esta costumbre se acentúa hasta el grado de llegar a tomar diario pero todavía con capacidad para evitar que en su casa se percaten de esto. Posteriormente empieza a asistir a la escuela en forma muy irregular hasta terminar por abandonarla.

Una vez que deja la escuela decide entrar a trabajar con un familiar pero esto lo hace en forma inconstante debido a su costumbre de beber. El dinero que gana en su trabajo lo utiliza para comprar alcohol y en esta temporada su alcoholismo se acentúa al grado de que llega a tomar dos o tres semanas seguidas sin interrumpir, hasta que requiere de hospitalización.

Después de permanecer durante algún tiempo sin actividad, decide entrar a estudiar en la UNAM, hace el examen, es aceptado, pero su problema lo lleva a ausentarse por largos períodos, hasta que al sentir la frustración de no

obtener logros, decide nuevamente abandonar los estudios. Comenta que a partir de que abandonó sus estudios en la UNAM (1991, un año antes de que llegara a tratamiento), solo se dedica a tomar; logra mantenerse sobrio durante 15 días pero le es imposible hacerlo por períodos más largos. Llega a ingerir hasta 2 litros diarios, pierde conciencia de sus actos y no sabe más de él hasta que se encuentra en el hospital, sintiéndose terriblemente desesperado pero siempre con el deseo de no volver a tomar.

Una vez que en la primera entrevista se le explica a los padres que Roberto debe de asistir sólo a terapia y responsabilizarse de ésta, se hace una valoración a través de entrevistas y a finales de enero de 1992 se realiza la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) esto, con el objeto de conocer algunas características de su personalidad así como la manera en que él se autodescribe.

A pesar de que se consideró que su problema era bastante difícil de abordar y que probablemente la orientación psicoanalítica con la que trabajo podría no ser la adecuada para su enfermedad, dada la insistencia del paciente y su negativa a continuar con las reuniones de Alcohólicos Anónimos, se decide aceptarlo, por lo que una semana después, el 6 de febrero, inicia la terapia con orientación psicoanalítica, asistiendo una vez a la semana en sesiones de 50 minutos. No obstante que en principio se pensó que el tratamiento adecuado para un alcohólico era A.A. , su historia, su motivación al cambio, su inteligencia así como su aparente capacidad para reconocer la existencia de algunas características psicodinámicas que acompañan a los sentimientos, las ideas y los síntomas de la conducta de beber, elementos que se encontraron en la previa valoración que se había realizado, ayudaron a la decisión de incluir al paciente dentro de una terapia con orientación psicoanalítica, tratando de que con este proceso vuelva a revivir emocionalmente sus conflictos tempranos, hacerlos conscientes y eliminar el síntoma.

Durante los primeros dos meses de tratamiento se mantiene sin probar ninguna bebida alcohólica, siendo su discurso siempre en relación a su temor a volver a tomar, la angustia en que vive por esto, su tendencia a compararse con otros en forma desfavorable, sus sentimientos de inseguridad, su descontento por su forma de ser y su desconfianza por cualquier tratamiento al

que se ha sometido. En este periodo (6 de febrero al 27 de marzo), falta en tres ocasiones y cuando asiste se retrasa de 20 a 35 minutos; para justificar sus retardos e inasistencias argumenta que regresó a trabajar con su familiar en la vulcanizadora y que esto le dificulta llegar temprano o asistir.

Al tercer mes se le informa que por vacaciones de la Universidad dejaremos de vernos durante una semana pero le proporciono mi número telefónico para cualquier emergencia. Entrando de vacaciones no asiste a su cita; llega pasada dos semanas acompañado de su hermano y dice no haber asistido debido a que durante semana y media estuvo tomando hasta llegar al internamiento. Venía totalmente alterado, caminaba de un lado a otro, tembloroso y débil, con dificultad para mantenerse en pie. Hablaba reiterativamente sobre su inseguridad, su temor de morir, de cómo fue que empezó a tomar, de cómo de pronto amaneció en la calle sin saber cómo llegó allí, que hizo y que le hicieron, de lo que se acuerda mientras estuvo tomado, de lo violento que se puso hasta el grado de romper un vidrio de una ventana de su casa para poder salir a comprar una botella y de que no logró tranquilizarse hasta que su madre le dió de tomar.

Le propongo verlo todos los días durante una semana y posteriormente dos veces por semana mientras se estabiliza; después de 15 días de verlo dos veces por semana, él es quién solicita asistir solo cada ocho días. Como se le aprecia más tranquilo, a partir del 22 de mayo se acepta continuar con las sesiones semanales; en esos días su discurso solo gira alrededor del alcohol, de las experiencias traumáticas que ha vivido cuando pierde la consciencia a causa del alcohol y con dificultad logra desprenderse de este tema

A partir de esa fecha y durante los siguientes 8 meses aún cuando Roberto logra espaciar la ingesta de alcohol (sólo toma 4 veces en este tiempo), no fue posible que disminuyera la cantidad de bebida que tomaba en cada ocasión ni la angustia con que seguía enfrentando todas las situaciones de la vida. Sobre todo se observó una acentuada tendencia a la bebida durante las vacaciones. En este periodo (de mayo a diciembre de 1992), su asistencia fue más regular, de 27 sesiones solo falta en 7 ocasiones, 4 de éstas debido a que había tomado y en esas condiciones le era imposible asistir a consulta. En dos de estas ocasiones en que tomó, requiere de hospitalización, una de ellas coincide precisamente con las vacaciones de julio y agosto. La primera cita después

de éste período vacacional no asiste y a la siguiente semana llega alcoholizado, golpeado, en malas condiciones de higiene y aliño, acompañado de su hermano; en ésta ocasión sólo lo veo durante tres días seguidos y después se continúa con las citas semanales.

En estas circunstancias se consideró de suma importancia buscar otras alternativas de acuerdo a los factores relevantes de la personalidad de Roberto, analizar y utilizar la constelación de variables existentes por parte del paciente y del terapeuta. En el siguiente período vacacional y después de aproximadamente 11 meses de un no exitoso tratamiento, se piensa en la posibilidad de introducir un nuevo elemento en la psicoterapia: la escritura.

Desarrollando este idea como una hipótesis de que el plasmar en un papel sus ansias de tomar puede reducir esa necesidad, de que al poner sus sentimientos por escrito se libera de algo que lo aprisiona, se le pide a Roberto que escriba lo que siente en el momento en que tenga la urgencia de tomar, que escriba como lo sienta, sin pensar en la forma de escribir, sino en forma automática, que guarde sus escritos y que en la próxima sesión, finalizando vacaciones, los comentaremos juntos.

El material escrito es considerado como un material catártico, el cual es evaluado posteriormente por el comentario del terapeuta, tratando de guiarlo hacia aquellos motivos inconscientes que revelan sus producciones o hacia los impulsos que trata de evitar o expresar. El escribir sin que estos escritos sean analizados, cambiaría el sentido o la utilidad de estos.

6.-INSTRUMENTO

La escritura, los escritos elaborados por el paciente alcohólico será el instrumento con el cuál se intente lograr la recuperación de un paciente alcohólico.

La escritura considerada como un medio de evasión, como catarsis, como cura. La escritura como instrumento que sustituye al alcohol y que le permite al sujeto expresar su sentir interno durante los momentos de suma tensión y necesidad de la bebida.

Tal como lo menciona Castagnino (1974), escribir opera como un asilo, como

un refugio en el cual es posible cobijarse, huyendo de la realidad circundante. La escritura considerada como un paliativo a su tensión que logra reducirla por lo menos en el momento, tal como lo podría hacer una bebida alcohólica.

Escribe en su medio natural, a pesar de que no es posible comprobar que verdaderamente escriba en el momento en que desea tomar, disminuye tanto la frecuencia como la cantidad de alcohol que ingiere, por eso la escritura se considera el instrumento adecuado.

5.-PROCEDIMIENTO

El aspecto de mayor relevancia para el tratamiento del paciente fué reducir la ingesta de alcohol, por lo cual éste se enfocó a la conducta alcohólica más que al manejo de otros problemas ya que la situación del sujeto exigía atención inmediata. De acuerdo a lo anterior, se pensó en introducir un nuevo elemento de terapia y a partir de éste observar y analizar los cambios. El estudio de caso tiene limitaciones, como el carecer de diseños experimentales bien controlados, lo que amenaza su validez y ello la generalización, sin embargo, resulta de gran utilidad para el manejo de un paciente con un padecimiento crónico y si es llevado tratando de cubrir los requisitos que Pérez (1981) menciona para que resulte un estudio de caso adecuado, éste puede otorgar beneficios importantes.

A lo largo del primer año del tratamiento, se logró reducir la ingesta de alcohol porque el paciente fué capaz de hablar, de descargar sentimientos e ideas dolorosas, quizá hasta aliviar en cierta medida, las culpas y la angustia que por sus características obsesivas lo habían acompañado a lo largo de su vida; asimismo, quizá también en este año, logró esclarecer sus problemas a través de la catarsis al evocar recuerdos y repetir vivencias una y otra vez. Sin embargo esto no fué suficiente para terminar con su tendencia a autodestruirse por medio del alcohol.

En ese momento tanto el objetivo del paciente como del terapeuta era acabar con su hábito de beber, no solo reducirlo, sino evitarlo, por lo tanto,

como se mencionó anteriormente, ante el poco éxito que se había logrado con el paciente durante los 11 primeros meses de tratamiento, se consideró necesario emplear otra técnica que ayudara a Roberto a abandonar en forma definitiva su tendencia a beber.

De acuerdo a lo revisado durante el tiempo de tratamiento se observó en Roberto una acumulación importante de inconformidades, de sensación de injusticia, de hostilidad especialmente hacia los padres por el trato diferente y en desventaja, que consideró se le otorgó a él en comparación con el trato que se le dió a sus hermanos; hostilidad que generó culpa inconsciente, culpa que a su vez generó angustia, la cual a través de la bebida intenta encontrar su libertad y obtener consuelo. Tomando en cuenta, esta necesidad de liberar la angustia así como su necesidad de apoyo, su dependencia y su deseo de controlar los aspectos cotidianos de la vida, se pensó en introducir la escritura como un nuevo ingrediente terapéutico con el fin de evitar la ingesta de alcohol, considerando que a través de ésta, podría liberar la angustia, de igual manera que lo obtenía por medio del alcohol. El depositar en una hoja de papel las tensiones, las emociones, los sentimientos, podría funcionar como el medio eficaz para evadirse de lo negativo que lo invadía, de la misma forma que intentaba alcanzarlo tomando bebidas alcohólicas.

Considerando lo anterior, se le solicita a Roberto antes de un período vacacional, que escriba lo que sienta en los momentos de tensión, en los momentos en que el deseo de tomar sea incontrolable, que conserve esos escritos los cuales comentaremos juntos al regreso del período vacacional.

Roberto durante las 3 semanas de vacaciones escribe, escribe de acuerdo a lo que reporta, cada momento en que desea tomar, no son muchos sus escritos, solamente tres, las mismas semanas que no lo veo.

Regresando de vacaciones asiste puntualmente a su cita, comentando que por primera ocasión no necesitó la consulta para dominar su deseo de beber; manifiesta también lo positivo que le resultó escribir en los momentos de tensión y de desesperación.

La respuesta de Roberto a la solicitud de escribir fué sorprendente, por lo que a partir de esa sesión se le continuó solicitando que escribiera en los momentos de deseo de beber y siguiera presentando sus escritos en las sesiones.

Aunque en un momento se pensó que el pedirle que escribiera podría considerarse como una resistencia que más que favorecer el tratamiento podría obstaculizarlo, reducir la autodestrucción tan marcada que Roberto ejercía a través de cada ingesta de alcohol, fué en ese momento, el objetivo principal de la terapia, es decir, detener el consumo de alcohol, detener la autodestrucción, detener la muerte. También fué de suma importancia, conocer que resultados tendría la introducción de una nueva técnica, qué podría pasar cuando Roberto siguiendo las instrucciones del terapeuta, decidiera escribir en el instante en que deseara tomar, en que medida su deseo de tomar le iba a permitir seguir la consigna y que tanto este hecho, podría detener su deseo de beber.

A partir de entonces Roberto llevaba a las sesiones material escrito; material escrito que a veces eran unas cuantas líneas y a veces de gran extensión, que en un principio intentó utilizar en lugar de su discurso. Sin embargo, se consideró que con el objeto de disminuir las resistencias era importante descartar la relación papel-terapeuta, por lo que se le pidió que sólo entregara sus escritos, que continuara expresando su sentir y que el material sería comentado en la próxima sesión, una vez que fuera leído por el terapeuta. Además de que por este medio se logró evitar la resistencia a asociar, también fué posible leer una y otra vez, sin apuros los escritos, pudiendo trabajar algunos aspectos como proceso de asociación de parte del terapeuta; asimismo, esta técnica permitió la posibilidad de supervisión directa sobre el discurso escrito del paciente.

Al inicio de cada sesión se analizaba junto con el paciente lo que éste sentía en el momento de escribir, lo que lo motivaba a escribir cada párrafo y la sensación que el hacerlo le causaba. Se hablaba de los sentimientos y emociones que prevalecían en sus escritos y cómo el depositar estos aspectos reducía, aunque no en su totalidad, su deseo de tomar. Una vez terminado de analizarse el material escrito, la sesión continuaba en su curso normal, a través de la asociación libre, de la interpretación, del análisis de las resistencias así como de la transferencia.

Solamente durante los dos primeros meses Roberto escribió cada semana, posteriormente se fueron espaciando sus escritos. La decisión de cuánto



escribir, qué escribir y cada cuándo escribir dependió exclusivamente de la decisión del paciente y esto iba en relación a su angustia y a su deseo de tomar. Sus escritos se fueron espaciando hasta que después de casi dos años dejó definitivamente de hacerlo.

Los escritos analizados en las sesiones y que Roberto entregó, fueron numerados en orden cronológico y se registró en cada uno de ellos, los aspectos psicológicos más relevantes que se manifestaron. Este análisis que se realizó de los escritos en forma cronológica permitió observar la prevalencia o ausencia de sentimientos y emociones asociados al deseo de beber, así como los cambios que se dieron a través del tiempo. Los sentimientos y emociones asociados a los escritos fueron los siguientes: sentimientos de minusvalía, sentimientos de inseguridad, angustia, necesidad de ingerir bebidas alcohólicas, sentimientos de desesperanza y tristeza, impulsos agresivos, conflicto sexual y en sus relaciones heterosexuales, problemas de autoridad, conflictos interpersonales. Asimismo, aunque sólo en dos de los escritos analizados, también se encuentra cierta sensación de menor tensión, se podría decir que de tranquilidad. Una vez que se realizó el análisis de los escritos se elaboraron dos gráficas: en una de ellas se observa los sentimientos y emociones que se presentaron en cada uno de los escritos, y la otra muestra, en forma acumulada, la cantidad de veces que se manifestaron estos sentimientos y emociones. (ver gráfica 2 y 3)

También se elaboró una gráfica que representa el número de veces que Roberto ingirió bebidas alcohólicas, antes y después de la introducción de la técnica de la escritura; esto se muestra en la frecuencia en que se realizó en cada año. (ver gráfica 1)

Es importante señalar que el estudio de caso que se llevó a cabo con Roberto comprende una amplia recopilación, sistematización y análisis de la información proporcionada por el paciente, sin embargo, los datos que se anotan en esta investigación se limitan al objetivo del estudio, su problemática alcohólica. Asimismo, no obstante que el paciente autorizó la presentación de su caso clínico, por cuestiones éticas se consideró importante proteger la identidad del paciente, modificando algunos datos de su identificación y presentando solamente fragmentos de sus escritos, mostrando solo aquellos o aquellas partes en que se observa su problema manifiesto y suprimiendo lo relacionado con su conflicto sexual.

8.-RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Durante 2 años (enero de 1993 - enero de 1995) se trabaja en la terapia con los escritos que Roberto elabora en situaciones de tensión. De las aproximadamente 89 sesiones que se llevaron a cabo en esos dos años, escribió en 41 ocasiones, distribuidas de la siguiente manera:

Primeros 6 meses: de enero a junio de 1993 -----15 escritos en 22 sesiones
Segundos 6 meses: de julio a diciembre de 1993 ----12 escritos en 22 sesiones
Terceros 6 meses: de enero a junio de 1994 ----- 8 escritos en 22 sesiones
Cuartos 6 meses: de julio a diciembre de 1994 -----5 escritos en 22 sesiones
enero de 1995 -----1 escrito
TOTAL -----41 escritos en 89 sesiones

Los 41 escritos representan el 46% del número de sesiones, de los cuales sólo se conservan 31, debido a que Roberto solicitaba le fueran devueltos para releerlos. (se le devolvieron 6 de enero a junio de 1993, 3 de julio a diciembre de 1993 y 1 de enero a junio de 1994).

Durante los dos años en que se llevó a cabo el tratamiento psicoterapéutico de Roberto acompañado de sus escritos, no dejó de tomar totalmente, repitió la ingestión de alcohol, aunque en menor intensidad, en cuatro ocasiones más y sólo una requirió hospitalización. (gráfica 1)

A continuación se exponen los acontecimientos en forma cronológica a partir del momento en que llegó a consulta hasta el presente año (1997) en que continúa asistiendo a psicoterapia:

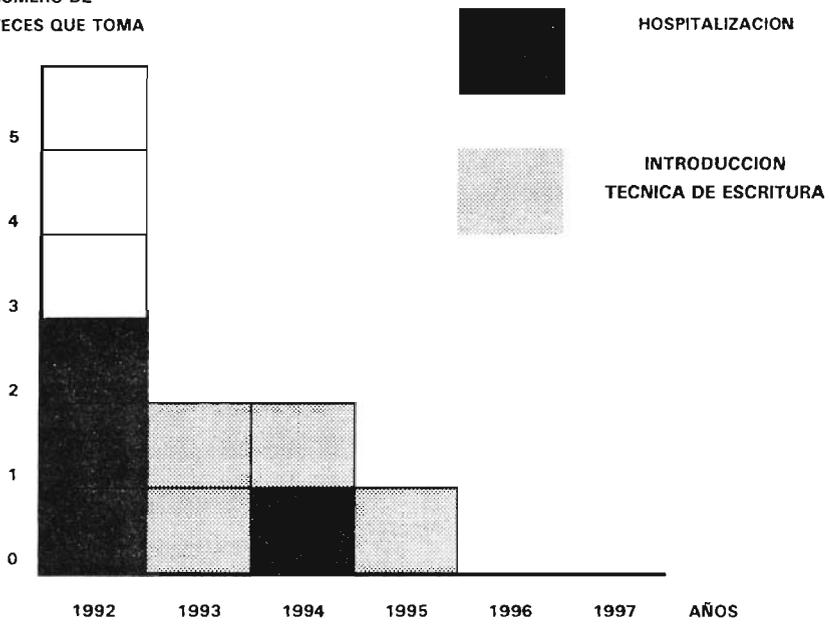
CRONOLOGIA

ENERO 1992.-aplicación del MMPI.

FEBRERO 1992.- inicia la psicoterapia en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, de la Facultad de Medicina de la UNAM. Se aplica el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI).

GRAFICA 1

NUMERO DE
VECES QUE TOMA



FRECUENCIA DE BEBIDA

ABRIL 1992.- después de 3 meses de no tomar, en vacaciones de Semana Santa, se vuelve a intoxicar, al grado de requerir hospitalización. Regresa a la terapia después de 2 semanas y media.

JUNIO 1992.- toma hasta ser hospitalizado. Deja de asistir 2 semanas a la terapia.

AGOSTO 1992.- toma hasta ser hospitalizado después de un período vacacional.

NOVIEMBRE 1992.- toma durante 2 semanas. En esta ocasión no requiere hospitalización.

DICIEMBRE 1992.- toma pero no requiere hospitalización.

DICIEMBRE 1992.- la última sesión antes de salir de vacaciones, se le solicita escribir durante éstas en el momento en que desee tomar.

ENERO 1993.- primera vez que no toma después de un período vacacional. LLeva sus escritos.

AGOSTO 1993.- es la primera vez que toma en el año: esto se presenta durante un período vacacional pero no requiere ser hospitalizado. Va a una fiesta y toma un trago de brandy y una cuba.

NOVIEMBRE 1993.-asiste a una fiesta y allí toma una cuba; al día siguiente
amanece nervioso y decide tomarse otras dos.

Su madre al darse cuenta que empieza a tomar, llora y él
decide no continuar bebiendo.

MARZO 1994.- es la tercera ocasión en que toma a partir de que inició sus
escritos; requiere hospitalización, lo que provoca su angustia
al pensar que no podrá seguir controlando la ingesta de alcohol

ABRIL 1994.- asiste a una fiesta y allí se toma una cuba, una vodka y un
tequila. Se siente satisfecho porque pudo controlarse.

ENERO 1995.- después de las vacaciones me entrega su último escrito;
menciona que cada vez aumenta más su temor de volver a
tomar.

MAYO 1995.- en un momento de suma tensión se toma dos cubas y aunque
logra detenerse, su angustia y su preocupación por volver
a tomar como antes lo hacía, lo mantiene bastante preocupado

AGOSTO 1995.- decide cambiar de carrera y suspender el tratamiento. Solicita
se le atienda únicamente en los momentos en que él considere
que sólo no puede controlar sus tensiones.

FEBRERO 1996.- conoce la existencia de una vacuna para evitar que vuelva
a tomar y decide aplicársela aunque su precio es bastante alto.

JUNIO 1996.- regresa a terapia.

NOVIEMBRE 1996.- suspende nuevamente la terapia por falta de tiempo.

MARZO 1997.- regresa a terapia. Se le aplica el MMPI.

Como se puede observar en la cronología, aunque la psicoterapia de Roberto a la fecha continúa, desde enero de 1995 no a vuelto a compartir sus escritos en la terapia. En mayo de 1995 es la última vez que ingiere bebidas alcohólicas, a partir de esa fecha no las a vuelto a probar. Después de que se aplicó la vacuna se ha suspendido totalmente su deseo de tomar pero no así su temor a recaer.

En agosto de 1995, decide cambiar de carrera e inicia desde el primer semestre en Ingeniería Mecánica, por lo que en este momento se encuentra cursando el cuarto semestre. Debido a este cambio de carrera y a su decisión por esforzarse en concluir sus estudios profesionales, su asistencia a la terapia ha sido poco frecuente, sin embargo después de que dejó de asistir en noviembre de 1996, en marzo decide continuar con la terapia. Hasta el momento es un estudiante regular, con logros, sus relaciones interpersonales han progresado pero sus relaciones heterosexuales aún se le dificultan en extremo. En esta ocasión que regresa a la terapia, comenta que escribe en una libreta y que esta forma de expresión se ha convertido en una parte muy importante de si mismo, dice que se le dificulta escribir sin ser visto pero que en la primera oportunidad que tenga, compartirá en la terapia sus escritos, no obstante, es obvio que ya no tienen destinatario sino que son dirigidos a si mismo. Se le pide responda por segunda ocasión el MMPI, con el objeto de observar que modificaciones se presentan en su autodescripción.

A continuación se presentan los resultados y la interpretación del primer MMPI que se aplicó, enseguida un análisis de fragmentos de los 31 escritos que se consevan y por último los datos del segundo MMPI aplicado a principios de este año.

INTERPRETACION DEL MMPI APLICADO EN 1992

MMPI 1992: clave: 278* 14" 306' 59: 1; 22; 9. (PERFIL 1)

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charnley McKinley



Name ROBERTO

Address _____

Occupation _____ Date Tested _____

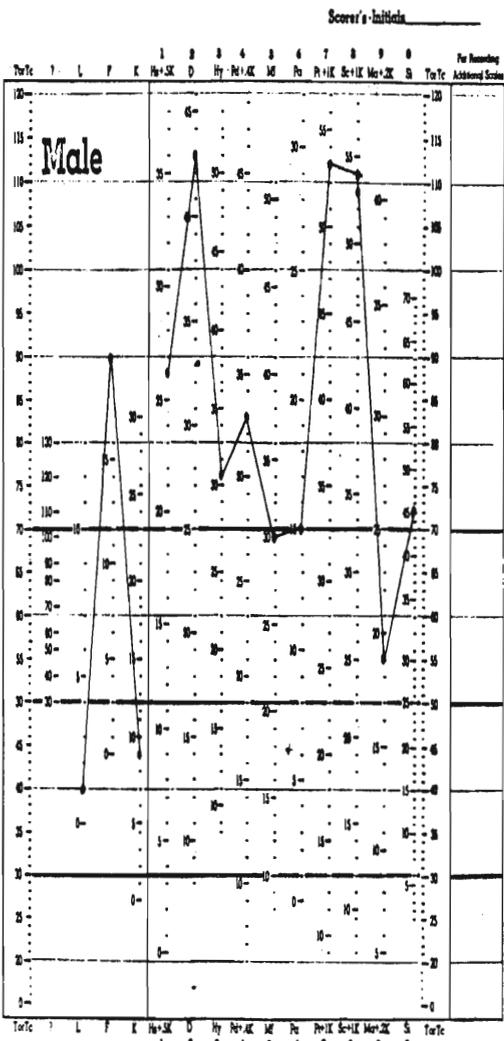
Education _____ Age _____

Marital Status _____ Referred by _____

NOTES

PERFIL 1

278* 14" 306' 59; 1; 22; 9



Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	21	43	31	29	30	15	44	45	17	45
2	22	43	31	29	30	15	44	45	17	45
3	9	43	31	29	30	15	44	45	17	45
4	21	43	31	29	30	15	44	45	17	45
5	43	43	31	29	30	15	44	45	17	45
6	31	43	31	29	30	15	44	45	17	45
7	29	43	31	29	30	15	44	45	17	45
8	30	43	31	29	30	15	44	45	17	45
9	15	43	31	29	30	15	44	45	17	45

Raw Score 1 22 9 21 43 31 29 30 15 44 45 17 45

K to be added 5 4 9 9 2

Raw Score with K 26 33 53 54 19



Copyright 1948. All rights reserved.
 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION
 304 East 45th Street
 New York 17, New York

Signature _____ Date _____

Printed in U.S.A.

66-1425

Se trata de una persona que presenta una severa depresión ansiosa caracterizada por profundos sentimientos de soledad y abandono. Es apático, inseguro; no logra utilizar sus recursos en forma adecuada ya que carece de energía para plantearse metas y llevarlas a cabo. Es por ello, que ante la frustración de no cubrir sus expectativas tiende a exagerar sus síntomas físicos como una forma de entender su propia situación, así como para reducir su ansiedad y justificar sus fallas ante si mismo y los demás.

Es una persona sumamente insegura, meticulosa, detallista, con gran dificultad para tomar decisiones, constantemente teme cometer errores y por lo mismo elude situaciones en la que considera que su actuación puede ser inferior a la de otros. Esta inseguridad e indecisión con que enfrenta todas las situaciones, merman su productividad, lo incapacitan para englobar los hechos en su totalidad y le impiden enfrentar con sentido común los problemas cotidianos.

Se encuentra muy angustiado, sin poder encontrar una justificación adecuada a esa desagradable sensación, entonces, tiende a aferrarse a las cosas concretas y obvias de la vida diaria, con el objeto de encontrar sentido a su desorganización interna.

Roberto es una persona egocéntrica, narcisista, con una constante preocupación acerca de su imagen corporal ya que ésta no va de acuerdo a su yo ideal y por lo tanto lacera su autoimagen. Es crítico al valorarse, su estructura superyoica lo lleva a ser rígido y exigente consigo mismo y con los demás; vive exageradamente sus fallas y la mínima manifestación antisocial que llega a tener.

Es una persona dependiente, que necesita el afecto y el apoyo de los demás para adquirir seguridad y aunque se encuentra inconforme con la vida y mantiene un cúmulo importante de hostilidad, no manifiesta abiertamente sus impulsos agresivos por temor tanto de perder el cariño de los demás, como por la culpa y angustia que éste tipo de manifestaciones le provoca. Solo a través de la fantasía puede liberarse de cierta carga de impulsividad, desarrollando fantasías autodestructivas así como dirigidas al exterior.

Roberto se encuentra siempre a la expectativa de lo que los demás puedan decir o pensar de él, sintiéndose constantemente el blanco de las burlas y agresiones de los demás. Sus relaciones interpersonales se le dificultan debido a que como sus demandas no son cubiertas se siente rechazado, entonces se aísla, pero no se da cuenta que sus sentimientos de inseguridad y minusvalía provocan que antes de que lo rechacen, él se sienta rechazado. En su aislamiento tiende a desarrollar fantasías las cuales llegan a serle tan gratificantes que lo llevan a perder objetividad en la apreciación de su realidad.

ANÁLISIS DE FRAGMENTOS DE LOS 31 ESCRITOS

Lo siguiente es la transcripción en orden cronológico de fragmentos de los 31 escritos que se conservan de Roberto, así como un análisis de su contenido; con estos fragmentos se pretende resaltar su tipo predominante de pensamiento en el momento en que intentando controlar su deseo de beber, plasmaba su sentir en una hoja de papel:

22 DE DICIEMBRE DE 1992 (escrito 1)

"Es la primera vez que escribo o trato de relatar un dolor muy grande que siento pero que me hago la lucha por sentirme bien, mis planes son tomar hasta antes de que me muera ¿sí supiera?, me detienen mis hermanos y mis papás, me vale madre, no sé cuando tenga 55 años me dedico a tomar, mientras voy a reflejar una persona normal, fuera de serie, si Dios me lo permite ni estoy de acuerdo bien en esto si me duele muchas cosas por dentro"

Análisis: aunque se observa un intento por controlar su deseo de beber, existe en él un sentimiento de enojo hacia su familia, hacia el exterior y hacia si mismo. Existe también la necesidad de aparecer como alguien importante, debido a sus acentuados sentimientos de minusvalía.

25 DE DICIEMBRE DE 1992 (escrito 2)

En éste escrito hace una revisión teórica acerca de la personalidad del alcohólico y las consecuencias psicológicas que de esta enfermedad se desprenden. Posteriormente resume lo que de esta revisión encuentra en si mismo:

"...Quisiera saber cuales son mis conflictos emocionales

- es bueno estereotiparse?. Hablar mucho de sus problemas, de hablar, de como se concibe su propio mundo ¿no se si sea bueno criticar?

- se siente uno como que no es aceptado por la sociedad, ya sea porque practica uno mucho diferentes actitudes, sin llegar a identificarse totalmente con una.

- siente uno que hablan atras de el muy negativamente que no es aceptado y consecuentemente no vale, muchas veces por lo mismo de que no se puede decir no a las cosaas, que segun yo no estan de acuerdo con mi forma de pensar..."

Análisis: Predomina su pensamiento obsesivo, la utilización de la intelectualización como mecanismo de defensa, la necesidad de encontrar algo teórico que le de estructura, que lo organice, hay angustia, sentimientos de minusvalía que lo llevan a sentirse rechazado.

26 DE DICIEMBRE DE 1992 (escrito 3)

"Me he tratado de conocer a mi mismo...como que me dan ganas de llorar, como si sintiera un vacio en mi vida...tengo miedo de volver a enamorarme y de no entrar a un patron del mundo en que vivimos... ¿Qué valor tengo? ¿ mi mundo creado por mi mismo es erróneo? ¿quiero alcanzar la perfección?

Análisis: Sentimientos de inferioridad, de desesperanza, de tristeza asi como temor al acercamiento con la mujer, temor de ser rechazado y la utilización de mecanismos de defensa de tipo obsesivo.

MIÉRCOLES 5 DE ENERO DE 1993 (escrito 4)

En éste escrito que abarca 4 hojas tamaño carta, inicia diciendo "no se ni lo que quiero" y continúa hablando de lo que él considera una desviación sexual que lo hace ser una persona que "merece el castigo de Dios". El hecho de tener pensamientos obsesivos con respecto a ésta situación le provoca sentirse diferente, angustiado, pero no es precisamente lo que lo lleva a beber. No obstante el explicar detalladamente sus fantasías sexuales lograron disminuir su inquietud y angustia, elementos que considera los responsables de no poder evitar ingerir alguna bebida alcohólica.

ENERO DE 1993 (escrito 5)

"No lo conozco todavía (a mi padre), lo que siento es que a lo mejor, el trato hacia todos no fué igual, yo en lo particular me siento delegado en muchas cosas, me siento que mi papá no me ha dado mi lugar...yo ni siquiera puedo decirle que me molestan ciertas cosas que hace. No sé, lo he entendido que el nos ha dado la oportunidad de estudiar y nos ha dado libertad y poco o mucho, no nos falta la comida y que ya es cuestión nuestra si agarramos el vicio, como que nos han consentido mucho o tolerado mucho..."

Análisis: es el único escrito en donde menciona abiertamente a su padre. Al igual que en la comunicación verbal, el hablar del padre lo condena, pues solo puede mencionar aspectos negativos con respecto a éste y el manifestar su coraje y agresión le crea una carga importante de culpa que se le dificulta manejar. Los impulsos agresivos los intenta controlar porque estos laceran su autoimagen, le crean culpa y provocan la sensación de ser aún más rechazado por el exterior.

FEBRERO DE 1993 (escrito 6)

"Como que me siento como si todo el tiempo que he vivido se hubiera pasado de la noche a la mañana muy rápido, no he podido gozar esos momentos de placeres que a mi persona me hacen vivir, sentirme bien como las puestas de sol por ejemplo un atardecer, ver la lluvia con el sol o mojarme, disfrutar de la música que ha habido en las diferentes épocas, desafiarse y resolver los problemas que tuve como por ejemplo cuando teníamos que entregar una pieza mecánica, al final del semestre en la vocacional, me sentía con una angustia cuando ya iba atrazado o después de hacer un examen o asistir a una fiesta que estuviera muy bien (compartirla con alguien) o también cuando me quedaba casi solo en la biblioteca de la escuela y ver esas tardes lluviosas y no tener que estudiar.....siento que la mayoría de las veces, cuando estuviera en una situación parecida y no me sentía satisfecho con mi comportamiento, regresaba a la casa y ya tenía una botellita y me la empezaba a tomar y según yo en mejorar esa situación para cuando se volviera a repetir o sino se me olvidaba por un momento, para no sentir esa presión."

Analisis: Se encuentra nuevamente angustia, sentimientos de soledad así como poca capacidad para enfrentar problemas de la vida cotidiana.

FEBRERO DE 1993 (escrito 7)

"...en esta ocasión conocí a una chica maravillosa...pero aunque no entablé plática y ni siquiera sabía bailar, seguía con mis prejuicios, pero esa vez me propuse estudiar más aunque me costaba mucho trabajo ... la veía cada vez que nos invitaban, cada 4 o 6 meses pero era lo mismo, siempre con mi timidez, no sé. Al terminar casi el primer año conocí y me hice de mis buenos amigos, como 9 o 10 y empezamos a tomar una vez por semana cuando teníamos taller todo el día, yo creo que empezamos a aprender a tomar porque empezamos con cerveza y luego la mezclábamos con vodka."

Análisis: Se encuentran acentuados sentimientos de inseguridad y minusvalía así como el deseo de ser mejor para el exterior. En la búsqueda de aceptación hace lo que otros esperan de él.

MARZO DE 1993 (escrito 8)

"... me costaba trabajo entablar una plática y mantenerla principalmente con las mujeres, yo creo que antes olvidaba todo estudiando, así me la pasa un buen tiempo, solo iba de la casa a la escuela y al revés...a veces me siento como si fuera egoísta hacia con los demás, como que era muy reservado, como que las pocas o muchas cosas buenas que hacía, no las quisiera dar fuera de mi, al exterior..."

Análisis: Presencia de sentimientos de inferioridad que lo llevan a la introversión por temor a cometer errores.

ABRIL - 1993 (escrito 9)

"... pienso que no la voy a hacer...ya tengo 26 años y meses y una carrera por lo menos dura 4 años y en ese tiempo tengo la gran incertidumbre, también de si voy o no a necesitar de una mujer que comparta conmigo los ratos buenos y malos, los días lluviosos, todo lo que yo hubiera querido en la vocacional y hasta ahorita y sigo con mis ideas de seguir adelante pero con mucha inseguridad...otra cosa que no me sigue gustando es el trato social que llevo de repente , bueno, principalmente con mis primos y tíos no sé, de repente bueno pues porque me han apoyado en salir de este vicio, cuando trabajaba con él, me daba permiso de salir al psicólogo, me acompañaba los sábados a mi casa, la hora de la comida también era sagrada, pero en su modo de pensar siento como que me están humillando..."

Análisis: Presencia de sentimientos de inferioridad que lo llevan a compararse continuamente con los demás, en especial a quienes considera superiores. Problemas importantes con la figura de autoridad, lo cual tiene su origen en la relación sumamente conflictiva que establece con el padre. Duda, angustia, inseguridad.

15 DE JULIO DE 1993 (escrito 10)

"...en el tiempo en que conocí a esa muchacha me sentía bien desorientado, estaba solo, no le platicaba de esto a nadie, ni a mi familia, tenía mucho miedo e inseguridad como ahora, tenía miedo no sé de que y pensaba que ya no iba a ver a la chica que me gustó...pero también quería sentirme reconocido por la gente, ganarme más rápido mi autoestima, más fácil..."

Análisis: Presencia de sentimientos de inseguridad, temores, angustia, dificultad para establecer relaciones heterosexuales. En este escrito predomina otra vez la angustia ante su problema sexual, sus dudas sobre el papel que debe desempeñar en la sociedad, en relación a su identificación psicosexual.

1 DE AGOSTO DE 1993 (escrito 11)

"Vengo de una fiesta de 15 años... me siento como vacío, como si no hubiera disfrutado la fiesta, me duele la cabeza, a la mejor fué porque me tomé un fuerte trago de brandy y después de un rato, al regresarnos me tomé una cuba casi rápido, ahorita ya no me siento mareado a lo mejor fué porque me puse muy nervioso porque caminamos buen tramo oscuro a la mejor por el miedo de asaltarnos (como que quiero tomar pero como que trato de olvidar, pero siento una sensación bien rara, que siempre la mayoría de las veces me pasa cuando voy a una fiesta o de regreso de algún lado (como que se me aleja algo)..."

Análisis: en este escrito se observan sus temores, inseguridad y angustia ante su deseo de tomar. Su temor de ser asaltado, de ser agredido que va en relación con su problemática sexual, de la cual hace énfasis más adelante en este mismo escrito. Es importante observar que esta fué la primera ocasión en que toma alcohol a partir de que inició sus escritos y cómo el hecho de escribir pudo desviar su inquietud por continuar bebiendo.

18 DE AGOSTO DE 1993 (escrito 12)

"Hoy día miércoles 18 de agosto de 1993, 12:15 P:M: me siento más enamorado de M., como si me cautivara su forma de ser, y a la vez es muy guapa, me estoy sintiendo cada vez más envuelto en ella, como que ya no me conformo a veces de acompañarla a su casa, tengo miedo a la vez de perderla y no poderla hacer con ella, principalmente porque a lo mejor no estoy satisfecho con mi actitud, mi personalidad, mi forma de pensar, de hablar, mi voz, mi manera de expresarme, mi gran debilidad de carácter, esa estúpida obsesión de querer hacer las cosas a la perfección, a darle entender que no tengo errores en lo que sé, a compararme con las personas que me platican, a las estúpidas ideas que me formo prediciendo los hechos, como si estuviera tratando de adivinar sus gustos o su hombre ideal para poder comportarme así, me siento de nuevo demasiado inseguro, me siento como un torpe, estúpido al lado de ella, como si fuera mucho para mi. "

Análisis: Predominan sentimientos de inseguridad, de minusvalía, angustia ante la pérdida, defensas obsesivas.

SEPTIEMBRE - 93 (escrito 13)

" No se que hacer, como decirle que la quiero, a veces pienso que lo que hago no lo aprueba ella, como si tuviera miedo de contradecirla, no sé...creo que los

primeros días todo iba bien porque ella no me conocía, pero ahora la siento indiferente y a veces muy contenta, el día que salimos que fué el 3/8/93 me sentí sacado de onda pero creo que viendola bien fué porque me sentía incapaz de tratar de cambiar toda esta serie de actitudes, un día antes estaba entre gustoso y nervioso y al llegar el día...de repente me sentí frustrado, ya ideas económicas que me suceden a veces, como si tuviera un carro y supiera manejar la llevaría a donde ella quisiera, como quisiera ofrecerle más de lo que tengo, la verdad es que la tengo en un altar pero la verdad es que ese no es el camino, ni tampoco es el camino tratar de cambiar mi apariencia física, ni el camino es tomar, sino cambiar uno mismo en su ser de adentro y que no quede por uno, claro, con la ayuda de Dios y de repente esto lo veo tan lejos y me lleno de inseguridad y luego me atemorizo de que cuando voy a acabar la carrera sí es que acabo, luego tengo miedo de que no vaya a encontrar a una muchacha como ella y luego me quede solo en el mundo, o luego me atemorizo bastante el pensar si me dice que no, vaya a orillarme a tomar , a morirme un rato...ahorita me siento nervioso, angustiado, molesto, con ganas de llorar, no sé."

Análisis: Existe un gran cúmulo de angustia que lo puede llevar a paralizarse o a tomar, se muestra demasiado inseguro, devaluado, con metas que parecen adecuadas pero que su nivel tan elevado de angustia le impiden llegar a su objetivo. Temor al fracaso y a perder el control de sus impulsos.

16 SEPTIEMBRE- 1993 (escrito 16)

"...trato de analizarme...no acepto mis errores, creo que estoy buscando una forma de ser sin errores y la verdad es que no acepto los que tengo a parte de que quiero quedar muy bien con todas las personas si fuera posible y en especial con M. Creo que lo mejor es aceptar eso y pedirle a Dios que me ayude a controlar esa neurosis, soy demasiado celoso, posesivo (imaginario), inseguro, sensible a lo malo (doy mucha importancia a cosas que a lo mejor no la tienen) "

Análisis: En éste escrito al igual que el anterior se observa que el nivel de angustia ha aumentado. Me presenta escritos del 14, 15, 16 y 17 de septiembre, (escritos 14,15,16 y 17) bastante detallados, como si al escribir tratara de controlar su angustia y su deseo de beber. detalla cuidadosamente su relación con M., lo que él dice, lo que ella le responde, trivialidades necesarias de precisar como queriendo a través de ellas contenerse. Ejemplo: jueves 16 -9 -93 "La acompañé, nos fuimos platicando, me enseñó un chocolate que le regaló su jefe, nos fuimos platicando del dentista, me dice que se quiere arreglar los dientes..."

Después de este escrito continuó con niveles de angustia bastante elevados y el sábado 6 de noviembre asiste a una fiesta y allí se toma una cuba; al día siguiente amanece nervioso y decide tomarse otras dos en su casa, su madre al darse cuenta que iniciaba con una más, le suplicó llorando que no lo hiciera, que no volviera a tomar y él decide suspender pero sintiéndose sumamente nervioso y angustiado.

DICIEMBRE DE 1993 (escrito 18)

En la última sesión de diciembre me entrega dos poemas dirigidos a M, uno de ellos lleva el título de "Un sueño". En estos poemas se le observa más tranquilo, es uno de sus primeros escritos que no denotan angustia, inseguridad, minusvalía, necesidad de control; hablan del amor y de las esperanzas que ha depositado en esa relación.

22 DE FEBRERO DE 1994 (escrito 19)

"Me siento incómodo...quisera saber en el fondo que es lo que está sucediendo conmigo mismo...hace tiempo me sentía más seguro, con más cordura, no me gusta la idea de ver a tanta gente en diferentes materias...quisera organizar más mis ideas y hechos reales, me siento un tanto incapaz, desorganizado, comprometido, inseguro, molesto..."

Análisis: Predominan sentimientos de inseguridad, deseo de control de las situaciones así como acentuada autocrítica.

28 DE FEBRERO DE 1994 (escrito 20)

"Estoy enojado, siento que mucho, todo empezó porque le estoy cambiando a la televisión y J. me está diciendo que le cambie, pienso yo que por eso está tan neurótico...también hace un rato hablé con mi hermano P., me siento a veces culpable porque siento que los hiero, le trato de hablar lo indispensable pero sí me enojo... como que cada quien se tiene que hacer responsable de cada uno de sus compromisos hacia la vida de cada uno, al decir esto tiemblo porque me siento obligado a hacerlo yo mismo, porque siento que estoy en desventaja, porque por un lado estoy luchando contra el alcohol..."

Análisis: Impulsos agresivos que en sus escritos rara vez se presentan ya que los intenta controlar porque le crean culpa. Compromisos que se marca en su intento de ocultar los aspectos internos que el considera negativos. Al mostrar aspectos positivos al exterior intenta diluir lo negativo de si mismo que desea ocultar.

1 DE MARZO DE 1994 (escrito 21)

"Me siento muy mal, tengo ganas de llorar, siento algo raro, entre angustia, miedo hacia todo, que no puedo con todas las presiones de la escuela, la relación entre amigos, sigo pensando en lo económico, me duele demasiado la cabeza, no tengo ganas de nada, me siento fracasado, solo, como que no le importo a nadie, me siento como agobiado, ahorita quiero y acepto toda la ayuda que me puedan brindar, como si quisiera internarme y estar rodeado de personas que me brinden su confianza para siempre y no me defrauden, como si quisiera descansar, no sé, como si quisiera estar con una persona con la cual me sienta muy seguro, que me dé o me transmita esa energía para vivir, no sé, quisiera estar a un lado con Dios,

le estoy pidiendo desde hace un rato que me ayude en estos momentos, no sé, siento como si por alguna causa estuviera cerca de la muerte, quisiera decirle en estos momentos todo lo que me pasa, pero no sé ni siquiera bien que es lo que siento, a quien echarle la culpa..."

Análisis: Presencia de un elevado nivel de angustia, acompañado con sentimientos de soledad, de inseguridad, de minusvalía. Probablemente la relación con M. que cada día llegaba a niveles más profundos, moviliza sus fantasías y temores sexuales y por lo mismo le es difícil contener la angustia que esto le provoca, lo cual lo lleva nuevamente a refugiarse en el alcohol ya que al parecer el escribir en éste momento de suma tensión no fué suficiente para tranquilizarlo, porque más que un papel, necesitaba la presencia física.

14 DE MARZO DE 1994 (escrito 22)

"Dra., me siento tan mal, tan nervioso, ganas de llorar, miedo a todo, principalmente a la muerte en estos momentos, una sensación de hormigueo en todo el cuerpo, tengo miedo de irme a dormir, a que sino duermo empiece con mis alucinaciones...a veces también pienso tener en la noche la muerte muy cerca de mi (son como dos o tres días con ésto) y ya tiene desde el jueves por la mañana que dejé de tomar, me dan ganas de llorar, ayúdeme por favor, me siento desesperado, no sé si también me siento así porque mañana voy a ir a la escuela, solamente de pensar en ello me da miedo, terror...tengo ganas de ir con mucha fé, quiero sentir que allí voy a encontrar refugio de todos mis males, aunque no he sentido ganas de tomar en estos días después de la borrachera que me puse que duró del 1o. de marzo al 9 de marzo..."

Análisis: Una vez que descarga en el alcohol todo el cúmulo de angustia que a últimas fechas lo había saturado; disminuye su deseo de tomar pero no así su nivel de angustia, su temor a la gente, su temor a enfrentar responsabilidades que no se siente capaz de afrontar.

13 DE ABRIL DE 1994 (escrito 23)

"Me siento muy mal por todo lo que ha pasado, por un lado quisiera seguir luchando y mejorar todos mis aspectos, en orden de importancia: confianza en mi mismo, dominar en todos los aspectos, en la casa, en la escuela y sobre todo en mi relación con M., en ser atento, amable, comprarle cosas, ser más cotorro, hacerle sentir mi confianza en mi mismo, descubrir nuevas cosas cada día, que sienta un apoyo en mi..."

Análisis: Después de la recaída, sus escritos aparecen menos negativos pero mostrando inseguridad, minusvalía y deseo de agradar a los demás. M. se entera que Roberto es alcohólico y la relación comienza a perder continuidad y profundidad lo cual contribuye a la disminución de angustia. El 16 de abril asiste a una fiesta y allí toma una vodka y un tequila; el hecho de poder detener su deseo de tomar le otorga satisfacción.

3 DE MAYO DE 1994 (escrito 24)

"Me ha dado por acordarme de mujeres que he conocido en el pasado y que quisiera alguna vez intentar o tratar de escribir lo que recuerdo, siento que he vivido sin sentir una emoción hasta lo máximo..."

Análisis: Control de impulsos, necesidad de ocultar sus emociones, aparece ante los demás afectuoso.

17 DE MAYO DE 1994 (escrito 25)

"...no sé que tan cierto sea si todo los seres humanos, o por lo menos la mayoría sintiéramos la mayoría del tiempo, la necesidad de querer a una persona...me siento así un poco solo, no tan vacío como antes, extraño la necesidad de querer a alguien o a muchos, nostálgico...y el deseo de que con el

simple hecho de que existiera aunque fuera por un día, por unas horas, unos minutos, ese acercamiento entre los dos, yo siento en lo personal que ese acercamiento, esa experiencia, me llenaría la vida de energía, yo creo que no la olvidaría..."

Análisis: En este escrito se percibe la sensibilidad de Roberto, su necesidad de ser querido, quizá emane menos angustia que en otros escritos; en esa ocasión se encontraba en un lugar abierto, público, sentado, escribiendo, observando a la gente e imaginando cuál sería su sentir si en ese momento pudiera estar con una mujer. Aunque en este escrito se extraen sólo los sentimientos, se encuentra lleno de detalles, de descripciones, pudiéndose observar en él otra vez su necesidad de controlar todas las situaciones para sentirse seguro. Esta manera de ser que lo caracteriza ha limitado en forma importante su desarrollo en la vida, ya que se le dificulta arriesgar y la angustia con que enfrenta todas las situaciones, lo paraliza y cuando voltea, el tiempo ha pasado. Parece que el no querer arriesgar es como si temiera fallarle a la autoridad que tanto lo somete.

8 DE SEPTIEMBRE DE 1994 (escrito 26)

"No sé que me pasa respecto a mi personalidad, mi carácter, ahorita estoy más o menos tranquilo...me intriga mi forma de ser"

9 DE SEPTIEMBRE DE 1994 (escrito 27)

"...quisiera ordenar mis sentimientos, mi forma de ser, ahorita pienso en mis enemigos y me siento inferior y lleno de coraje...me siento un ser inútil, inservible y que como que me faltan ganas de vivir, me siento apagado, me está haciendo daño el estar aquí, no puedo aportar nada a mis hermanos, no sé como me siento...un ser despreciable...quiero tratar de componer mi persona..."

Análisis: Existen el paciente, acentuados cambios de estado de ánimo, aunque lo que predomina en él es la angustia, el coraje, los sentimientos de inseguridad e inferioridad. A pesar de que ha logrado espaciar la ingesta de alcohol (en éste momento lleva aproximadamente 4 meses sin tomar) el sufrimiento con que enfrenta todas las situaciones de la vida aún permanece.

28 DE SEPTIEMBRE DE 1994 (escrito 28)

"...quiero pensar mejor y decidir a que le doy prioridad y de que ya no me molesten tantos fantasmas de caracter, el enojo, de la agresividad, la gran dependencia a mi familia...de la timidez, del sentimiento de arrepentimiento con una mujer unido al de persecución cuando veo a una mujer digamos en el parque o que pasa y nos quedamos viendonos. Y que pienso que si estuviera más agradable, más simpático físicamente, probablemente me sentiría más seguro para hablarle..."

Análisis: Presencia de sentimientos de culpa por manifestaciones mínimas de agresividad, ya sea a nivel de pensamiento o de acción. Sentimientos de inseguridad, de minusvalía, inconformidad con su imagen física.

16 DE NOVIEMBRE DE 1994 (escrito 29)

"...estoy pensando en como me siento, me siento un tanto desanimado, impotencia de que las cosas actuales estén así con relación a mi escuela, que no pueda realizar más cosas (pienso en la edad), siento vergüenza...lo más seguro es que no pueda continuar...me siento arrepentido de haber dejado tanto tiempo, perdido solo por tomar, sólo de los(16 a los 25) y que en estos momentos no pueda controlar lo que estoy y quiero hacer...vale la pena vivir...por el momento me siento tranquilo y parece que me liberé de ciertas angustias."

Análisis: Temor y angustia frente al futuro, sin embargo después de 7 meses de no tomar, muestra menor ansiedad y sus escritos se observan con menor desesperación con respecto a la necesidad de recurrir al alcohol para disminuir su intranquilidad.

5 DE DICIEMBRE DE 1994 (escrito 30)

"...actitudes que me causan cierta preocupación o hechos que me han sucedido que me hacen sentir incómodo y que a cada momento de mi vida no me dejan estar libre. Me siento en deuda con los demás, me siento como si les debiera algo...llego a sentir que les caigo gordo a mucha gente..."

Análisis: Dificultad tanto en sus relaciones interpersonales como heterosexuales debido a su tendencia a compararse en forma desfavorable frente a los demás, sentimientos de poco valor.

ENERO - 1995 (escrito 31)

"Tengo varias metas que quiero realizar y estoy tratando de tomar esa decisión, de ser fuerte para alcanzarlas, (estas metas son) llegar a conocerme, atreverme a ser, correr el riesgo de no gustarle a los demás, mantener áreas de privacidad, aceptar mis limitaciones, evaluar en forma realista los deberes y los deberías..."

Análisis: Este, que es el último escrito contiene objetivos que debe escribir y debe entregarme con el fin de contener de esta manera, su sensación de impotencia para alcanzarlos; es como si al plasmarlo en una hoja de papel estableciera tanto conmigo como con él mismo, el compromiso de crecer. Nueve meses de no tomar y aunque permanece su nivel de angustia bastante elevado, se percibe con mayor fortaleza para controlar su conducta de beber.

ANALISIS DE LAS GRAFICAS

Como se puede observar, a lo largo de los 31 escritos que se conservan y que escribió en los momentos en que deseaba tomar alguna bebida alcohólica, se encuentran repetidamente (GRAFICA 2): sentimientos de inseguridad y minusvalía, sentimientos de culpa por sus deseos de manifestar abiertamente sus impulsos (tanto agresivos como sexuales), un cúmulo importante de angustia que en muchos escritos se encuentra relacionada con el alcohol, sentimientos de desesperanza, tristeza y soledad, marcadas tendencias a la introversión con acentuada sensación de que es rechazado tanto por su físico como por su personalidad, conflictos con la figura del padre que representa autoridad irracional, problemas en relación al área sexual y en sus relaciones con las mujeres. Aunque son mínimas las ocasiones, también hay escritos que llegan a denotar disminución en su nivel de angustia, de inconformidad consigo mismo y en consecuencia cierta tranquilidad y disposición al crecimiento emocional.

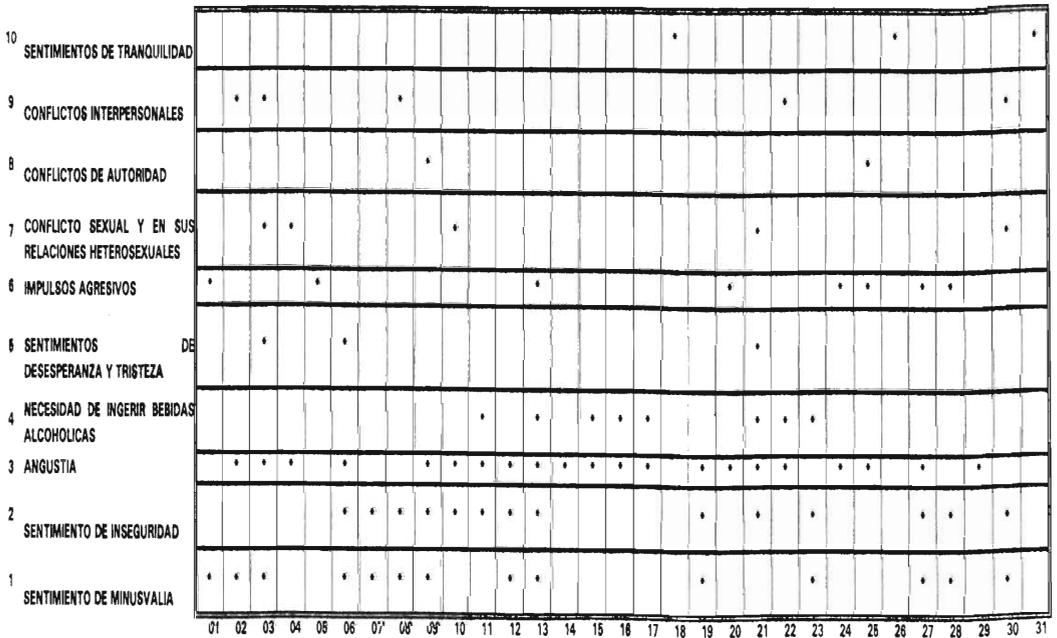
Es importante observar que hay angustia en la mayoría de sus escritos y que ésta estuvo presente en casi todas las ocasiones en que referió el deseo de beber. Se observa también un aumento del nivel de esta angustia a partir del escrito 11 hasta el 22 que es cuando ya no logra detener su deseo de tomar y el volver a la bebida lo lleva nuevamente a un internamiento, no obstante después del escrito 23 aparece en intervalos la angustia y parece como si el haber vivido una vez más la experiencia del internamiento reforzara su decisión de dejar de beber.

Como se puede observar en la Gráfica 3, en sus escritos predominan sentimientos de inferioridad e inseguridad así como un nivel elevado de angustia. Las características de personalidad mencionadas en la interpretación del MMPI, evitan la manifestación de sus impulsos agresivos y sexuales, por lo que en la gráfica 3 su presencia se ve limitada.

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que el hecho de desahogarse, plasmando en una hoja de papel todos estos sentimientos, angustias y temores,

GRAFICA 2

SENTIMIENTOS Y
EMOCIONES



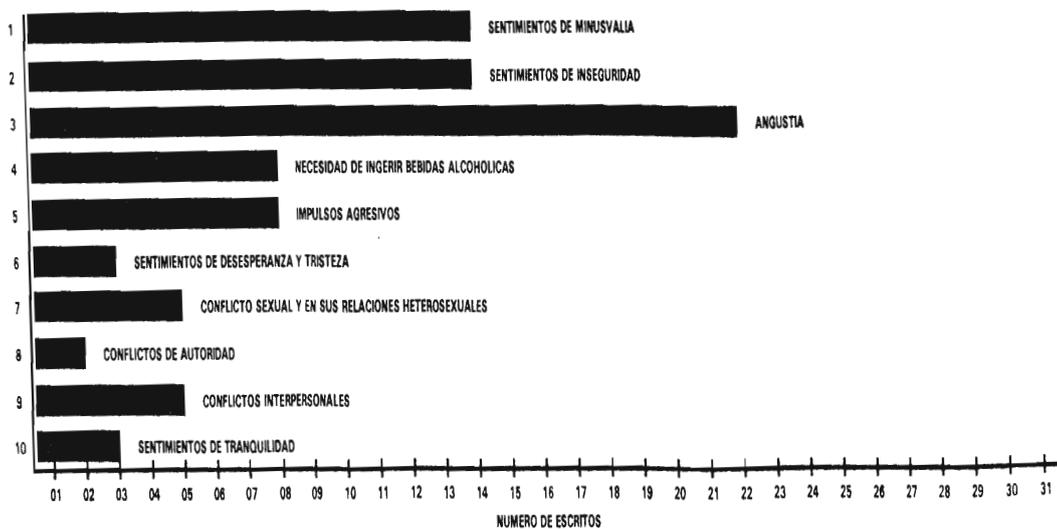
ESCRITOS

TOTAL = 31

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ASOCIADOS A LOS ESCRITOS

GRAFICA 3

SENTIMIENTOS Y
EMOCIONES



SENTIMIENTOS Y EMOCIONES ASOCIADOS A LOS ESCRITOS

fué utilizado como un sustituto del alcohol, que en el preciso momento del deseo de tomar, logró reducir la tensión y evitar la autodestrucción.

Los sentimientos y emociones predominantes asociados a los escritos y lo que se entiende por estos, en relación a Roberto, se explican a continuación:

DEFINICION DE LOS SENTIMIENTOS Y EMOCIONES PREDOMINANTES ASOCIADOS A LOS ESCRITOS

1.-*Sentimientos de minusvalía.*-Sentimiento de tener menor valor que la gente que lo rodea así como la tendencia a compararse en forma desfavorable en relación a los demás.

2.-*Sentimientos de inseguridad.*-Poca confianza en si mismo, sensación de realizar todas las situaciones de la vida en forma errónea.

3.-*Angustia.*-Sentimiento vital asociado a situaciones apuradas, a tensiones psíquicas, a desesperación, presenta la característica de pérdida de dirigir voluntaria y razonablemente la personalidad.

4.-*Necesidad de ingerir bebidas alcohólicas.*-pensamiento constante acerca de la urgencia de toma.

5.-*Sentimientos de desesperanza y tristeza.*- Sentimiento de opresión y de vacío, abatimiento, sensación de que no puede hallar un sentido en el mundo, un sentido en el que pueda apoyar su existencia y obtener su plenitud.

6.-*Impulsos agresivos que requieren control.*-Manifestación de deseos de adoptar conductas con la intención de perjudicar directa o indirectamente a una persona, sin embargo no llegan a realizarse debido a que los sentimientos de culpa y la angustia, evitan que estos deseos culminen en la acción.

7.-*Conflicto sexual y en sus relaciones heterosexuales.*-Dificultad para relacionarse con figuras del sexo contrario así como dificultad para aceptar su sexualidad.

8.-*Problemas de autoridad (padre).*-Dificultad para relacionarse con figuras a quienes les ha concedido poder y mando. Principalmente presenta dificultad para relacionarse con el padre quien lo ha hecho sentir debil e impotente, objeto de explotación y dominio, lo que le crea hostilidad hacia éste, hostilidad que a su vez desarrolla angustia y culpabilidad.

9.-*Conflictos interpersonales.*-Dificultad para establecer relaciones y comunicación con los demás, por la sensación de que es rechazado por éstos.

10.-*Sentimientos de tranquilidad.*-sensación de quietud, de calma.

INTERPRETACION DEL MMPI APLICADO EN 1997

Los resultados e interpretación del MMPI aplicado en marzo de 1997, así como la comparación de los datos reportados con el MMPI de 1995, son los siguientes:

MMPI 1997: CLAVE: 875"942316"0: 1;11;8

Analizando los resultados de la segunda aplicación del MMPI y en comparación con los resultados de la primera aplicación (PERFIL 2 y 3) se puede observar que Roberto continúa autodescribiéndose como una persona sumamente ansiosa, que las situaciones de la vida diaria siguen causándole una

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starke R. Hathaway and J. Charney McKinley

Name ROBERTO



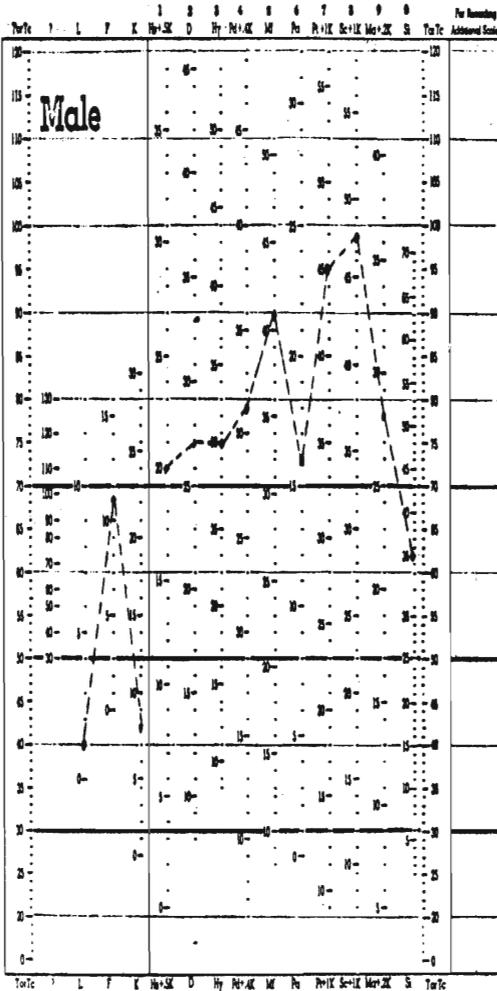
Address _____

Occupation _____ Date Tested _____

Education _____ Age _____

Marital Status _____ Referred by _____

Score's initials _____



NOTES

PERFIL 2

Number of	1	2	3	4
20	13	13	6	
25	13	13	6	
30	14	14	6	
35	14	14	6	
40	15	15	5	
45	15	15	5	
50	16	16	5	
55	16	16	5	
60	17	17	4	
65	17	17	4	
70	18	18	4	
75	18	18	4	
80	19	19	3	
85	19	19	3	
90	20	20	3	
95	20	20	3	
100	21	21	2	
105	21	21	2	
110	22	22	1	
115	22	22	1	
120	23	23	0	

875''' 942316' 0; 1; 11; 8

Raw Score	<u>1</u>	<u>11</u>	<u>8</u>	<u>16</u>	<u>27</u>	<u>30</u>	<u>28</u>	<u>41</u>	<u>16</u>	<u>37</u>	<u>40</u>	<u>26</u>	<u>35</u>	---
K to be added				<u>4</u>			<u>3</u>			<u>8</u>	<u>8</u>	<u>2</u>		---
Raw Score with K				<u>20</u>			<u>31</u>			<u>45</u>	<u>48</u>	<u>28</u>		---



Printed in U.S.A.

Copyright 1944. All rights reserved.
 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION
 304 East 45th Street
 New York 17, New York

64-1425

Signature _____ Date _____

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Starks R. Hathaway and J. Charney McKinley

Name ROBERTO



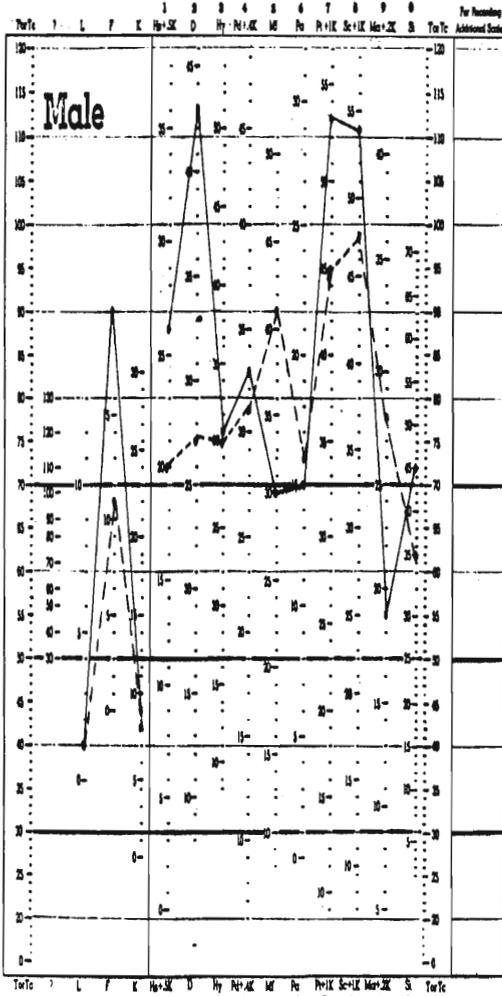
Address _____

Score's initials _____

Occupation _____ Date Tested _____

Education _____ Age _____

Marital Status _____ Referred by _____



Scale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	115	75	70	70	70	70	70	70	70	70
2	110	75	70	70	70	70	70	70	70	70
3	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
4	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
5	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
6	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
7	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
8	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
9	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
0	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
L	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
F	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
K	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70
O	75	75	70	70	70	70	70	70	70	70

NOTES

PERFIL 3

1992 278° 14' 306' 59 : 1; 22; 9

1997 875''' 942316' 0 : 1; 11; 8

Raw Score _____

K to be added _____

Raw Score with K _____



Printed in U.S.A.

Copyright 1944. All rights reserved.
 THE PSYCHOLOGICAL CORPORATION
 304 East 45th Street
 New York 17, New York

64-1425

Signature _____ Date _____

gran inquietud si no percibe que las tiene bajo su control, así como la persistencia de su tendencia a la fantasía y a ser poco objetivo en la apreciación de la realidad, sin embargo, encontramos que éstas características mencionadas, están a niveles más reducidos. También se puede observar que la depresión intensa con que hace 5 años enfrentaba la vida, ha disminuido; continúa deprimido, pero esta sensación de desesperanza y tristeza que antes lo paralizaba, ahora no resulta un obstáculo ya que su nivel de energía es bastante elevado y esto le permite plantearse metas y actuar para alcanzarlas.

Asimismo se encuentra en Roberto mayor capacidad para expresar sus emociones y para establecer relaciones interpersonales. Continúa con una gran carga de agresión y aunque logra expresar en parte sus molestias, aún no es capaz de manifestarse abiertamente por la culpa y angustia que este tipo de expresiones le ocasiona.

Es probable que la ausencia de la ingesta de bebidas alcohólicas haya sido un elemento fundamental para que Roberto disminuyera la atención sobre su cuerpo así como para que dejara de preocuparse en extremo por su salud física.

Resulta significativa la elevación de la escala 5. Como ya se mencionó el problema que actualmente le sigue preocupando con gran intensidad es un conflicto sexual. Es probable que durante la primera aplicación de esta prueba, Roberto evitara ser descubierto en su conflictiva relación con éste tema ya que en ese tiempo aún no lo manifestaba en el tratamiento. En esta ocasión este problema es el tema central de la psicoterapia, se encuentra a nivel más conciente, lo que repercute en sus respuestas autodescriptivas al MMPI.

Después de analizar los escritos y los test psicológicos aplicados a Roberto se observa que su sensación de malestar lógicamente se ha reducido, pero que aún se encuentran elementos importantes de angustia, un acentuado conflicto en relación a su sexualidad así como la persistencia del temor a perder objetividad en la vida, por lo que la continuación de la terapia resulta fundamental, ahora abordando otros aspectos relevantes de su vida.

III CONCLUSIONES

Analizando la gráfica 1 en donde se presenta el número de veces que el sujeto toma en cada año, se observa que hubo un cambio a partir de la inclusión de la variable escritura, por lo que se puede decir que el escribir contribuyó en forma importante para que Roberto disminuyera su tendencia a beber.

Por lo tanto, con los resultados de esta técnica, aún cuando no fueron definitivos porque Roberto volvió a tomar en los siguientes dos años en cuatro ocasiones, se puede concluir que la solicitud de parte del terapeuta, a un paciente alcohólico, de que escriba en el momento en que desee tomar, ayuda a evitar el consumo de alcohol. No obstante no se puede concluir que esta técnica sea la que determinó en forma exclusiva el abandono de la tendencia a beber, ya que las sesiones terapéuticas que se llevaron a cabo en forma simultánea con la escritura, así como la aplicación de la vacuna, son elementos que también contribuyeron en forma decisiva para que Roberto dejara definitivamente de tomar.

Se considera sin embargo, que ésta técnica no puede ser generalizada y que no todos los pacientes alcohólicos pueden ser abordados de ésta forma. Para ello es importante que el escribir le resulte a la persona placentero, que pueda llegar a considerarlo como un rescate de si mismo y necesario para contener su angustia, como una forma de expulsar del espíritu las sobrecargas acumuladas, como una manera de proyectar el sentir para lograr con ello disminuir la saturación de tensiones y angustias existenciales. (Castagnino, 1974)

Para Roberto el escribir, el plasmar sus temores, sus ideas, sus fantasías, facilitó la evasión y la reducción de tensión, lo que anteriormente solo encontraba a través de la ingesta de alcohol. Un aspecto que favoreció en este paciente la utilidad del material escrito, fué su acentuada dificultad tanto para expresarse verbalmente, como para ver a los ojos ya que la mayor parte del tiempo

permanecía con la cabeza agachada, mirando al suelo y solo en raras ocasiones logró levantar la cabeza, esto a consecuencia de su temor a ser descubierto en sus conductas y fantasías sexuales, consideradas por él como aberrantes, material que fué manejado ampliamente en la terapia.

La escritura también fué un vehículo para expresar sus temores que difícilmente podían en un inicio de la terapia expresarse verbalmente. En este sentido es importante mencionar que el paciente escribía para ser leído, para que sus revelaciones fueran comprendidas, como un intento de mostrar su interior conflictivo, revelarse a otro al escribir en un momento crítico, en un momento de gran tensión, esperando que la revelación interna fuera recibida con conocimiento, responsabilidad y comprensión. A este respecto es importante comentar lo que Hendrik (1975) menciona en relación a la necesidad de que el material catártico escrito sea evaluado por el comentario interpretativo del terapeuta para que se logren remover permanentemente los conflictos esenciales del que escribe y con ello también llamar la atención hacia aquellos motivos inconscientes que revelan sus producciones y hacia los impulsos que está tratando de expresar o de evitar. Actualmente Roberto escribe para él, quizá únicamente como un paliativo a su sentir interno, sin buscar el apoyo o un mayor entendimiento de si mismo, del que a lo largo de los dos años en que presentó sus escritos, logró obtener

Es importante también considerar las características de personalidad de Roberto ya que estas también contribuyen a su necesidad de escribir para descargar a través de ella el nivel de angustia tan elevado en el que se encontraba.

De la descripción de sus características de personalidad encontramos que varios aspectos entre otros, su dependencia, sus sentimientos de soledad, su necesidad de ser querido, su alto nivel de angustia, sus sentimientos de inferioridad y de inseguridad así como su necesidad de mantener todo bajo control, fueron algunos de los aspectos que favorecieron su inclinación tanto a beber en un momento como a escribir en otro momento. Estas mismas

características son las que se plasman en sus escritos, apareciendo predominantemente los siguientes sentimientos y emociones: sentimientos de minusvalía, sentimientos de inseguridad, angustia, necesidad de ingerir bebidas alcohólicas, sentimientos de desesperanza y tristeza, impulsos agresivos que requieren control, conflicto sexual y en sus relaciones heterosexuales, problemas de autoridad y conflictos interpersonales. También se puede observar que en dos de sus escritos aparecen sentimientos de tranquilidad. Quizá el último escrito proyecte más claramente este sentir del paciente, ya que en él muestra sus metas, sus objetivos con una actitud más positiva hacia el futuro.

En el tratamiento de un paciente alcohólico el objetivo principal es reducir o eliminar totalmente la ingesta de alcohol, sin embargo esto implica quitarles la única forma que conocen de enfrentarse a los conflictos de la vida diaria. Pedirle a un alcohólico que deje de consumir alcohol sin ofrecerle algo gratificante a cambio, es un objetivo terapéutico insuficiente (Miller y Eiber, 1980) . Para Roberto, el escribir lo que en el momento del deseo de beber pasa por su mente, el control muscular que implica la escritura así como el desahogarse plasmando en una hoja de papel su sentir, pudo ser utilizado como un sustituto del alcohol que lo ayudó a reducir la tensión que lo llevaba a tomar.

De acuerdo a las dimensiones que Kazdin (1981) menciona que debe incluir un estudio pre-experimental de caso para que tenga una alta inferencia, considero que la presente investigación abarca varios de estos puntos, entre ellos: es un estudio planificado, un problema crónico, la variable independiente (la escritura), causó un efecto notorio en la variable dependiente (ingerir bebidas alcohólicas), el impacto de la variable se considera que fué inmediato y se logró obtener registros continuos de la conducta alcohólica del paciente. Sin embargo únicamente se estudia un solo sujeto y se utiliza una sola medida de conducta (el alcoholismo) y esto reduce la objetividad de los datos.

Tomando en consideración lo expuesto anteriormente, se puede concluir que para un paciente alcohólico, la petición por parte del terapeuta de que escriba su

sentir interno en el momento que se presente el deseo incontrolable de beber, disminuye la ingesta de alcohol .

A pesar de que el presente trabajo incluye exclusivamente a un sujeto, éste ha sido estudiado sistemáticamente a lo largo de cinco años, por lo que se considera que a partir de los datos particulares que se presentan, es posible buscar la generalización. El principio general de este estudio, es que la escritura puede considerarse como una evasión y de allí surge la particularidad del paciente alcohólico para luego a través de la replica de esta investigación, se busque la posibilidad de llegar a la generalización.

Sin embargo, es importante considerar que no todos los pacientes alcohólicos pueden beneficiarse de esta técnica debido a que se requieren ciertas características de personalidad como las que posee Roberto y que anteriormente se mencionan, que son las que pueden llevar a motivar la escritura.

Actualmente el paciente lleva casi dos años sin probar una gota de alcohol pero su sufrimiento por su dificultad de adaptación aún permanece así como sus problemas en el área sexual.

De acuerdo a lo anterior se concluye que los estudios terapéuticos de caso pueden proporcionar un impulso a la investigación controlada de un único sujeto respecto a un trastorno concreto o una técnica terapéutica. Al mismo tiempo, que puede tener como fin la investigación controlada, puede servir de vehículo para la replicación de los resultados experimentales en la práctica clínica.

Como lo menciona Pérez (1989), las situaciones clínicas revisten una complejidad extrema y la reducción del fenómeno (ej. considerar únicamente la conducta de beber) a elementos más simples, lo despojan en su carácter de encuentro humano sometido a una cierta improvisación en la medida en que una gran cantidad de variables, escapan al control. Sin embargo en Psicología como en cualquier otra disciplina es indispensable simplificar los problemas para poder abordarlos eficazmente. Aunque en este caso se consideró exclusivamente la conducta de beber, la autodestrucción tan marcada que estaba ocasionando en el sujeto este proceder, justifica la simplificación a un solo

elemento, además que mientras Roberto continuara bebiendo sería sumamente imposible su abordaje psicoterapéutico dirigido hacia otro tipo de problemas, los cuales en la actualidad se están manejando.

IV LIMITACIONES

- No se puede generalizar esta técnica a todos los pacientes alcohólicos
- Está limitada la técnica al gusto por la escritura.
- Esta técnica depende en forma importante de las características de personalidad de cada persona.
- Se limita también a los pacientes que realmente deseen dejar de tomar.
- Una limitación muy importante es que solo se ha probado con un solo paciente y que no se puede concluir que exclusivamente el escribir haya sido el factor principal para que dejara de tomar ya que la terapia simultánea a la escritura y la aplicación de la vacuna fueron elementos determinantes para la suspensión total de la ingesta de alcohol.
- Debido a aspectos éticos fué necesario presentar únicamente fragmentos de los escritos de Roberto, lo cual restaba claridad a la conflictiva del paciente.
- Se requiere de reunir todas las características del sujeto para reproducir el estudio, por lo tanto es difícil deducir, aplicar la técnica empleada con éxito en un paciente particular en uno similar.

V.- SUGERENCIAS

Se recomienda que esta primera experiencia sirva de partida para una segunda, la cual deberá someterse a las operaciones de verificación de la primera.

Asimismo, se sugiere introducir el elemento que se trabajó en la psicoterapia (la escritura), en otro tipo de problemas en donde el escribir también tenga la función de evasión, descarga y relajamiento, así como en otro tipo de pacientes, es decir, sujetos con diferentes características de personalidad.

-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Allport, G.W. (1962): "**The general and the unique in the psychological science**". International Journal of Personality. U.S.
- 2.-Bachelard, Gaston (1983): "**La formación del espíritu científico**". Ed. Siglo XXI. México.
- 3.-Bellack, A.S.; Hersen, M. (1989): "**Métodos de investigación en Psicología Clínica**". Ed. Desclee Brouwer, S.A. España.
- 4.-Bocklin, A. (1970): "**El dolor de muela. Alto relieve en piedra**". Ed. Kunsthalle, Basilea.
- 5.-Bordin, E. (1974): "**Research strategies in psychotherapy**" Nueva York, Wiley.
- 6.-Bunge, Mario (1975) : "**La ciencia, su método y su filosofía**". Ed. Siglo XX. Buenos Aires.
- 7.- Cantu y Paullada (1991) : "**La personalidad adictiva**". Revista de las adicciones. Enero-febrero, año 1, vol. 1. México
- 8.- Castagnino, Raúl (1974): "**¿Qué es la literatura?. La abstracción "literatura". Naturaleza y funciones de lo literario**". Ed. Nova, Buenos Aires.
- 9.- Curtis, Sanzen (1977) : "**Families in the treatment of alcoholism**" Journal of studies on alcohol. Vol 38, No. 1. U.S.

- 10.- Davies, D. L. (1974): **"Implications of medical practice of an acceptable concept of alcoholism"**. In: Kessel, N.; Hanker, A. and Charke, H. "Alcoholism: A medical profile. Proceedings of the first International Medical Conference on Alcoholism. London, Edsall.
- 11.-Dana, R. (1966) : **"Teoría y práctica de la Psicología Clínica"**. Ed.Paidos. Buenos Aires.
- 12.-De Gortari, Eli (1979): **"El método de las ciencias"** Ed. Grijalbo. México.
- 13.-De la Fuente, Ramón (1975) : **"Psicología Médica."** Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- 14.- Dorsch Friedrich (1985): **"Diccionario de Psicología"** ED. Herder, Barcelona.
- 15.- Echeburúa O., Enrique (1994): **"Educación y tratamiento de los trastornos adictivos"**. Ed. Fundación Universidad-empresa. Madrid.
- 16.-Fernandez , Rafael (1988) : **"Alcoholismo. Visión Integral"**. Ed. Trillas. México.
- 17.-Flaubert, G. (1947) : **"Letres choisies"**. Paris.
- 18.-Foladori, Horacio (1993): **"El Psicoanálisis por carta"**. Revista La Nave de los Locos.. Vol. 3. México.
- 19.-Ford, D.H. y Urban, H. (1967):**"Psychotherapy"**. Annual Review of Psychology 333-372. U.S.

- 20.-Freud, Sigmund. (1915). **"Carta a la Doctora Hermine Von Hug-Hellmuth"**.Obras Completas. Pag. 2121. Tomo II. Ballesteros. España.
- 21.-Garfield, L. S. (1979): **"Psicología Clínica"**. Ed. Manual Moderno. México.
- 22.-Goethe, W. (1945) : **"Autobiografía, poesía y verdad"** Madrid.
- 23.-Goodwin, Donald. (1992) :**"Alcohol as muse. Special Section: creativity, culture and psychotherapy."** American Journal of Psychotherapy;Jul Vol.46(3).
- 24.- Ionesco, Servan (1991): **"Catorce enfoques de la Psicopatología"**. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- 25.- Jellinek, E.M. (1960): **"El concepto del alcoholismo como enfermedad"**. Ed. Grijalbo, México.
- 26.-Jerry P. Franzer (1989): **"Family management in the treatment of alcoholism"**. British Journal and Alcoholims.
- 27-Kanfer, S. y Phillips, J. (1976): **"Principios del aprendizaje en la terapia del comportamiento"**. Ed. Trillas. México.
- 28.-Kazdin, A.E. (1977):**"Assessing the clinical or applied significance of behavior change through social validation"**. Behavior Modification. 1, 427-452. U.S.
- 29.-Kazdin, A.E. (1981):**"Drawing valid influences from cases studies"**. Journal od Consulting and Clinical Psychology. 49, 183-192. U.S.

- 30.- Kerlinger N., Fred (1975): **"Investigación del comportamiento"**. Técnica y metodología". Ed. Nueva Editorial Interamericana. México.
- 31.-Kratochwill, T.R. y Piersel, W.C. (1983):**"Time-series research:Contributios to empirical clinical practice"**. Behavioral Assessment. 5, 165-176. U.S.
- 32.-Kuhn, S. Thomas (1971):**"La estructura de las revoluciones científicas"**. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- 33.- Le Galliot, Jean (1977): **"Psicoanálisis y lenguaje literario"**. Ed. Hachette. Argentina.
- 34.-Lemere F. y Voegtlin, W.L. (1950): **"An evaluation of the aversion treatment of alcoholism"** Q. J. Stud Alcohol 11, 199-204. U.S.
- 35.-Mackinnon, R. (1988): **"Psiquiatría Clínica Aplicada"** Ed. McGraw-Hill. México.
- 36.-Madden, J.S. (198): **"Alcoholismo y farmacodependencia"**. Ed. Manual Moderno. México.
- 37.- Medina-Mora, M. E. (1988): **"Aspectos sociales relacionados con la ingesta de alcohol: patrones de consumo"**. Informe interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- 38.-Merry J., Reynolds C. M., Baike J. y Col. (1976): **"Prophylactic treatment of alcoholism by lithium carbonate; a controlled study"**. Lancet ii, 481-482. London.

- 39.-Miler, P.M. y Eisler, R.M. (1980):"**Abuso del alcohol y drogas**". En: W.E. Craighead y M.J. Mahoney: **Modificación de Conducta. Principios Técnicos y Aplicaciones**. Ed. Barcelona Omega. España.
- 40.- Mondrian, Piet (1937): "**Plastic and Pure Plastic Art**". London
- 41.- Nace, P. Edgar (1987): "**The treatment of alcoholism**". Ed. Brunner Mazel, New York.
- 42.- Pérez G. Augusto (1981): "**Psicología Clínica**". Ed. Trillas. México.
- 43.- Pellegrini, Jorge; Di Giacomo, Luis (1990): "**Alcohol, alcoholismo, alcohólicos**". Ed. Cinco. Buenos Aires.
- 44.-Rickard, H. (1965): "**Tailored criteria of change in psychotherapy**". Journal of General Psychology. U.S.
- 45.-Rodriguez, Alicia. (1989) :" **Manual del alcoholismo para el médico de cabecera**" Ed. Salvat, España.
- 46.- Ruitenbeek, M. Hendrik (1975): "**Psicoanálisis y Literatura**". Ed. Fondo de Cultura Económica. México
- 47.- Salomon y Patch. (1972) :" **Manual de Psiquiatría**", Ed. Manual Moderno. México.
- 48.- Sandblom, Philip (1993): "**Enfermedad y creación**". Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

- 49.- Sartre, Jean Paul (1972): "**La Nacionalización de la Literatura**". Vol. ¿Qué es la literatura?. Ed. Losada, S.A., Buenos Aires.
- 50.- Sartre, Jean Paul (1973): "**El escritor y su lenguaje y otros textos**". Ed. Losada, S.A., Buenos Aires.
- 51.-Shaffer, Chambers y Hallowed (1991): "**Substance use of creatively talented adults**". Journal of creative behavior. Vol. 25 (2) 145-153 U.S.
- 52.- Stalrich Canet, J.V. (1988): "**Psicoterapia de grupo de drogo dependencia**" Revista de Psiquiatría. Enero. México
- 53.-Styron, William (1990): "**Darkness Visible**". Randon House, Nueva York.
- 54.- Tapia, C.R. (1994): "**Las adicciones, dinamismos, impacto y perspectiva**". Ed. Manual Moderno. México.
- 55.-Vaillant G. F. y Milousky E. S. (1982): "**Natural history of male alcoholism**". IV Paths to recovery. Arch. Gen. Psychiatry 39, 127-133. U.S.
- 56.-Tweski, Abraham (1983): "**Hospital and Community Psychiatry**". Journal of American Psychiatry. U.S.
- 57.- Valverde, José María (1982): "**La Literatura. Que era y que es**". Ed. Montesinos, España.
- 58.- Villamil P. Roberto; Sotomayor G. Julio (1980): "**El alcoholismo en el Distrito Federal**". Publicaciones ENEP Acatlán, UNAM.

59.-Willems P.J.A., Letemendia F. J. y Arroyaur F. (1973): **"A two-year follow-up study comparing short with long stay inpatient treatment of alcoholics"**. Br. J. Psychiatry 122, 1472-1473.

60.-Wolf, M.M.(1978):**"Social validity: the case for subjective measurement, or how applied behavior analysis in finding it's heart"**. Journal of Applied Behavior Analysis. 11, 203-214. U.S.

61.-Wolman, B. (1965): **"Does psychology need its own philosophy of science"**. Handbook of clinical Psychology. Ed. McGraw-Hill. New York.

62.-Yalom, I.D. (1975): **"Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo"**. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.